

Тартуский
Государственный
Университет

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

6-ой
объединенной студенческой
научной конференции
высших медицинских
учебных заведений

Прибалтийских
советских
социалистических
республик и
Белорусской ССР

Тарту 1963



TRU rotaprint 1963. 2000. Т. 1187.

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Т Е З И С Ы Д О К Л А Д О В

V I -й

**объединенной студенческой научной кон-
ференции высших медицинских учебных
заведений Прибалтийских Советских
Социалистических республик и Белорусской
ССР.**

Тарту 1963

РЕАКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ НА АНТИГЕН

Студ. Ш к. Р. Абрайтис

Каунасский медицинский институт, кафедра нормальной физиологии, зав.кафедрой член - корр. АМН СССР, академик Акад. Наук ЛССР, доктор мед.наук, проф. В.Ламас.
Научный руководитель ассистент Р. Абрайтис

Цель работы: Установить действие антигена на периферические кровеносные сосуды.

По данным опытов можно утверждать, что:

1. В шести случаях антиген суживает кровеносные сосуды, изолированных ушей кролика.
2. В тринадцати случаях антиген расширяет кровеносные сосуды изолированных ушей кролика.
3. Однопроцентный раствор атропина кровеносные сосуды расширяет.
4. Димедрол устраняет реактивность кровеносных сосудов.

В ы в о д ы:

При перфузии изолированных ушей сенсibilизированных кроликов раствором Тиреде реакция гладкой мускулатуры кровеносных сосудов имеет анафилактический характер

ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Студ. П к. А.Адомайтис и студ. IУ к. Г.Стонкутв

Вильнюсский государственный университет, кафедра анатомии гистологии и эмбриологии, зав.кафедрой и научный руководитель доц. С.Павилонис.

Сроки прорезывания зубов у литовских детей до настоящего времени не изучались.

В нашей работе представлены данные, относящиеся к срокам прорезывания молочных зубов, а также к условиям, воздействующим на особенности этого процесса.

Обследовано 1557 детей из разных районов республики. При обследовании детей наличие зубов определялось путем осмотра, постукивания металлическим шпатель и ощупыванием.

На основании нашего материала установлено, что молочные зубы прорезываются в следующем порядке (за среднюю цифру взят срок, при котором определено прорезывание соответствующих зубов у 50% детей):

Нижние медиальные резцы 7 м. (между 5-12 м.).

Верхние медиальные резцы 8м.(между 6-12 м.).

Верхние латеральные резцы 8 м.(между 7-12 м.).

Нижние латеральные резцы 9 м. (между 7-12 м.).

Верхние I-ые коренные 13 м.(между 7-25 м.).

Нижние I-ые коренные 14 м. (между 7-29 м.).

Верхние II-ые коренные 18 м.(между 13-31 м.).

Нижние II-е коренные 19 м.(между 13-32 м.)

Нижние клыки 19 м. (между 13-30 м.).

Верхние клыки 20 м. (между 13-30 м.).

В нашем материале самое раннее прорезывание наблюдалось на 5 месяце (нижние медиальные резцы).

У 58% детей первые зубы прорезываются на 7 месяце. Самое позднее начало прорезывания наблюдалось на 14 мес.

Самое раннее совершение прорезывания молочных зубов наблюдалось в возрасте 1 г. 1 мес.

У 55% детей прорезывание совершилось в возрасте 1 г. 8 мес.

Самое позднее прорезывание молочных зубов - в возрасте 2 г. 8 мес.

ИЗМЕНЕНИЯ БАЛЛИСТОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ РЕВМАТИКОВ

Студ. У к. Н. Аксамитаускайте, И. Белевичуте и
Г. Каунайте.

Каунасский медицинский институт, зав. кафедрой доц. О. Ску-
чайте, научный руководитель асп. Л. Дельницкас

В последнее время в диагностике ревматизма все чаще применяется метод баллистокардиографии. Поэтому авторы данной работы, применяя прямую баллистокардиографию, записали в динамике "диагностические" баллистокардиограммы у 24 детей, больных активным ревматизмом. Всего исследовано 89 баллистокардиограмм.

По характеру поражения сердца больные подразделялись на 4 группы: I гр. - без клинически выраженного поражения сердца/2/, II гр. - первичный ревмокардит без сердечного порока /12/, III гр. - ревмокардит на фоне митральной недостаточности /6/, IV гр. - ревмокардит при наличии митрального порока. У 2 больных последней группы была и недостаточность аортальных клапанов.

При анализе полученных кривых обнаружено:

I. Баллистокардиограммы I и II гр. больных изменены незначительно: амплитуды волн нормальны, и только при более тяжелом течении процесса удлиняется интервал Q - H, изменяется систолический комплекс /появляется "ранний м"/, встречается расщепление волны H, уменьшается внутрисистолический показатель, и диастолические волны не изменяются.

2. Баллистокардиограммы больных III гр.- изменения более значительны: учащается расщепление волны Н, волна J становится глубокой, уменьшается амплитуда волны J, изменяются диастолические волны /поздний М за счет увеличения волны, встречаются различные деформации волны L, высокие волны М и N /.

3. У больных IV гр. найдены резкие баллистокардиографические изменения. При преобладании стеноза левого венозного отверстия значительно удлиняется интервал Q - Н, волна Н значительно увеличивается /или почти исчезает/ и расщепляется, уменьшена амплитуда сегмента J J, бывает высокая и широкая волна L, которая непосредственно переходит в волну N. При наличии также и аортальной недостаточности - значительно увеличивается волна J, а диастолические волны нормализируются.

4. При наличии сердечной недостаточности баллистокардиографические изменения увеличиваются.

5. По затихании процесса или при отсутствии грубых нарушений гемодинамики, баллистокардиограмма становится нормальной.

ЗНАЧЕНИЕ АНГИНЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕВМАТИЗМА

Студ. III к. Р.Альминайте, Д.Андрюшкайте, Л.Бутвинскайте, С.Валахавичуте, Г.Житкевичуте, Р.Свилайните и Р.Ягас.

Каунасский медицинский институт, кафедра пропедевтики внутренних болезней. Зав.кафедрой и научный руководитель и.о. проф. А.Жюгжда.

I. Результаты опроса 30 лиц, болевших ревматизмом, и рассмотрение 531 истории болезни лиц, болевших ангиной, показали, что на развитие первичного ревматизма и на его подострение влияет перенесенная ангина и в какой-то степени - способ ее лечения.

2. Из 30 лиц, болевших ревматизмом, у 21 ревматизм развивался после ангины; ангина обычно продолжалась от 3 до 7 дней при высокой температуре /38-39°/, часто лечилась неправильно - коротко, не антибиотиками, или же малыми дозами антибиотиков.

3. Из 581 лиц, болевших ангиной, 58,9% болели фолликулярной, 25,1% - катаральной ангиной.

Тяжесть ангины не играла особой роли для дальнейшего развития ревматизма. После легкой катаральной ангины ревматизм развивался пропорционально, чаще равномернее, чем после фолликулярной.

4. По данным 581 истории болезни лиц, болевших ангиной, при лечении ее пенициллином ревматизм проявлялся примерно в два раза реже, чем при лечении сульфамидами или другими антибиотиками.

5. При правильном лечении ангины активными антибиотиками, прежде всего пенициллином, можно уменьшить заболеваемость ревматизмом и избежать его рецидивов.

ВЛИЯНИЕ ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА И КОРТИЗОНА НА ЭКСУДАТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

Студ. IУ к. Л.Амбразевичyte и Р. Дзекунскайте

Каунасский медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, зав.кафедрой член-корр. АМН СССР проф.З.Янушкевичус. Кафедра патофизиологии, зав.кафедрой д-р мед.наук, и.о. проф. А. Вилейшис, научные руководители асс.А.Шимкус, асс. В.Сидикас.

Кортикостероидные гормоны отличаются сильным действием на воспалительный процесс, причем глюкокортикоиды его угнетают, а минералокортикоиды стимулируют. Обе эти группы кортикостероидов также отличаются и сильным противошоковым действием; в связи с этим они применяются в хирургической клинике в пред- и послеоперационном периоде.

Общезвестно, что глюкокортикоиды замедляют заживление послеоперационных ран. Возможно, что это явление предотвраща-² тимо совместным применением минерало-и глюкокортикоидов, но данный вопрос пока недостаточно изучен. Встречающееся в литературе предложение применять в послеоперационном периоде только минералокортикоиды, возможно, таит в себе опасность образования большого количества спаек, например, после внутрибрюшных операций. В литературе недостаточно четко определено влияние минералокортикоидов на экссудативное воспаление, которое является основным фактором формирования спаек в послеоперационном периоде.

Были поставлены опыты над 45 крысами, распределенными по 8 группам.

Ежедневно /3 дня подряд/ 4 крысам вводилось подкожно 12,5 мг кортизона, 6 крысам 1,25 мг ДОКСА и 12,5 мг кортизона / в соотношении 1 : 10/, 5 крысам 0,5 мг ДОКСА и 10 мг кортизона / в соотношении 1 : 20/, 5 крысам 1,25 мг ДОКСА, 5 крысам 2,5 ДОКСА, 4 крысам 5 мг ДОКСА и 8 крысам 0,5 мл изотонического раствора хлористого натрия; 8 крыс - интактные.

На 4-й день у подопытных крыс по методике Селье вызвали воспалительный процесс. На протяжении последующих 8 дней вводили подопытным животным вышеупомянутые препараты.

На 12-й день после того, как был вызван воспалительный процесс, брались для исследования кровь и экссудат в момент умерщвления животных и производилась аутопсия.

В ы в о д ы

1. Кортизон, ДОКСА и кортизон в соотношениях 1:10 и 1:20 резко угнетают экссудативный процесс.
2. В эксперименте примененные дозы ДОКСА экссудативный процесс не усиливают.
3. При развитии острого экспериментального воспалительного процесса общее содержание глобулинов, а также α глобулинов в сыворотке крови увеличивается.
4. Под влиянием кортизона, а также ДОКСА, ДОКСА и кортизона в соотношении 1:10 и 1:20 общее содержание глобулинов и α глобулинов в сыворотке крови снижается.

К ПОЛУЧЕНИЮ АНТИБИОТИКОУСТОЙЧИВЫХ ШТАММОВ ЛАКТОБАЦИЛЛ

Студ. VI курса Г.Н. Ананьева и М.Н. Воронина

Кафедра микробиологии (зав.кафедрой - доц., канд. мед. наук
Э.Т.Таллмейстер) Тартуского государственного университета.
Научный руководитель работы - и.о. доц., канд. мед. наук А.А. Ленц-
нер.

Лактобациллы составляют существенную часть микрофлоры человека. Они оказывают выраженное антагонистические действия на многие патогенные и условно патогенные микробы. Это послужило основанием применять их в профилактике и лечении различных воспалительных процессов влагалища, постдизентерийных дисфункций кишечника, бесплодия и других заболеваний.

Однако, как правило, лактобациллы весьма чувствительны к антибиотикам. Длительная антибиотикотерапия приводит к гибели заселяющих организм лактобацилл, что является причиной различных клинических осложнений. Чувствительность лактобацилл к антибиотикам делает бессмысленным и введение их больным во время антибиотикотерапии.

За последние годы в зарубежной литературе появились единичные работы, в которых сообщается об успешном клиническом применении устойчивых к антибиотикам лактобацилл. Это побудило нас попытаться получить собственные устойчивые к антибиотикам штаммы лактобацилл.

В опыт было взято 30 различных штаммов лактобацилл. Изучение антагонистической активности этих штаммов к дизентерийной палочке Ньюкестль, патогенному серотипу кишечной палочки OIII:B4, стрептококку и золотистому стафилококку, а также определение их чувствительности к пенициллину и стрептомицину позволили отобрать для дальнейших опытов штамм *Lactobacillus casei variatio casei* ЮЗ. Названный штамм оказался устойчивым к 700 ед/мл стрептомицина и 10 ед/мл пенициллина и обладал выраженной антагонистической активностью.

В результате 50 пассажей штамма ЮЗ на жидких питательных средах с возрастающей концентрацией антибиотиков и периодическим использованием метода градиентных пластинок Жибальского, был получен штамм ЮЗ-стр, который растет даже при 40 000 ед стрептомицина в/мл. Выведенный штамм сохранил антагонистическую активность исходного.

Штамм ЮЗ-стр можно выращивать на обезжиренном молоке, причем получаемая простокваша обладает хорошими вкусовыми качествами.

После завершения контрольных опытов на подопытных животных полученный стрептомициноустойчивый штамм лактобацилл следует апробировать в клинике.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ ПОД ВЛИЯНИЕМ НАГРУЗКИ СЛИВОЧНЫМ МАСЛОМ

Студ. VI курса А.К. Арайс, Э. Бриезде, А.Вешунас,
И.Граудиня, А. Криеке, Э.Неймане, Г.Цигузис, Л.Янсоне.

Рижский медицинский институт, кафедра пропедевтики внутренних болезней. Зав.кафедрой - доц. Э.Э. Калныньш:

Научный руководитель - доц. О.Я.Ковш.

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы большое место занимает атеросклероз. По данным многих авторов в развитии атеросклероза определенную роль играет богатая животным жиром пища. Атеросклероз же нередко осложняется тромбозами. Поэтому интересно было проверить, как влияет жировая нагрузка у здоровых людей на свертываемость крови.

Исследовано 9 здоровых людей в возрасте от 20 до 28 лет. Нагрузка проводилась 50 граммами сливочного масла, принятого натощак. До и после нагрузки в течение 3-х часов снималась тромбоэластограмма. Наблюдения повторялись всего 3-4 дня.

Получены следующие результаты:

1) У большинства исследуемых в первый день наблюдения под влиянием нагрузки 50 г. сливочного масла первые две

фазы свертывания крови, показанные на тромбоэластограмме как время R, удлиняются. Начало удлинения R индивидуально колеблется в пределах 1-3 часов после нагрузки. Длительность увеличения времени R также индивидуальна.

Время формирования сгустка (отрезок K на тромбоэластограмме) также удлиняется.

В показателе эластичности тромба K особых отклонений не наблюдается.

2) На второй день исследований отмечается более длинное время R натошак, укорачивающееся после жировой нагрузки; в дальнейшем в течение 3-х часов особых отклонений не отмечалось.

Время K в этот день особых отклонений от нормы не показывало.

Неизменным оставался и показатель эластичности тромба.

3) На третий день время R подвергалось индивидуальным колебаниям, однако отмечалась тенденция к укорочению исходных цифр (натошак). Колебания первых двух фаз свертывания крови после жировой нагрузки были незначительными.

Время формирования сгустка показывало некоторую склонность к сокращению.

Показатель эластичности тромба оставался неизменным.

На основании данных результатов можно предполагать, что под влиянием жировой нагрузки наступает усиление антисвертывающей системы, что сказывается в замедлении первых фаз свертывания крови, т.е. в замедлении образования тромбокиназы и тромбина, а также в более медленном формировании сгустка. Дальнейшее применение богатой жиром пищи тормозит антисвертывающую систему и создает предпосылки к повышению свертывания крови.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О КОЛЕБАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ
НА ПРОТЯЖЕНИИ УЧЕБНОГО ГОДА

Студ. У к. И. Астраускас, Ш к. З. Гердайте, Я. Шпаускайте,
Л. Стошките и студ. П к. В. Галяускас.

Вильнюсский государственный университет, кафедра анато-
мии, гистологии и эмбриологии. Зав. кафедрой и научный
руководитель - доц. С. Павилонис.

Цель исследования - охарактеризовать изменения данных
физического развития студентов на протяжении учебного года.

Антропометрическое исследование произведено по принятой
унифицированной методике. Исследования проводились четыре
раза:

- а) после летних каникул,
- б) после зимней сессии,
- в) после зимних каникул,
- г) после весенней сессии.

Исследовалось 50 студентов I-го курса. Программу иссле-
дования составляли следующие показатели: рост, вес, кровя-
ное давление, жизненный объем легких, сила мышц правой и
левой рук, психотехнические тесты.

Результаты исследования:

Рост исследуемых на протяжении учебного года не изменил-
ся. Вес значительно изменялся. Изменение веса по сравнению
с весом после летних каникул следующее: после зимней сессии
уменьшается, после зимних каникул возрастает, но не дости-
гает начального уровня, после весенней сессии уменьшается,
и больше, нежели после зимней.

Наблюдается незначительное изменение кровяного давления.

Жизненный объем легких уменьшается, однако после весен-
ней сессии наблюдается увеличение, но не достигающее началь-
ного уровня.

В течение осеннего семестра сила мышц как в правой,

так и в левой руке увеличивалась. В весенний семестр - уменьшалась, и в левой руке больше, чем в правой;

Психотехнические тесты показывают, что исследуемые делают ошибки:

- а) после зимней сессии меньше, нежели после летних каникул,
- б) после зимних каникул больше, нежели после зимних экзаменов, но меньше, чем после летних каникул,
- в) после весенних экзаменов меньше, нежели после зимних каникул, но больше, нежели после зимних экзаменов.

КОРРЕЛЯЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ СЕРДЦА

Студ. III к. М. Багдонас и В. Грабаускас

Каунасский медицинский институт, кафедра госпитальной терапии. Зав. кафедрой проф. З. Янушквичус. Научный руководитель - научный сотрудник П. Забела.

Цель работы - изучить, может ли рентгенологическое установление атеросклероза аорты помочь диагностировать атеросклероз венечных сосудов сердца.

Изучен патологоанатомический материал 1643 лиц и данные клинических наблюдений 225 лиц.

1. Исследовав патологоанатомические данные, составив их график и начертив кривые, можно констатировать определенную корреляцию между атеросклерозом аорты и венечных сосудов сердца, которая более выражена у лиц пожилого возраста /исключая отдельные случаи/.

2. По данным клинических наблюдений можно констатировать, что коронарная недостаточность в большинстве случаев выражена при значительном атеросклерозе аорты.

В ы в о д ы:

Хотя рентгенологическим установлением атеросклероза аорты невозможно точно диагностировать атеросклероз венечных сосудов сердца, этот метод исследования при массовой эпидемиологической работе может быть использован.

**ЗАВИСИМОСТЬ МЫШЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА
ОТ СИЛЫ РАЗДРАЖЕНИЯ ЭКСТЕРОРЕЦЕПТОРОВ
(ТЕРМОРЕЦЕПТОРОВ)**

Студ. Ш к. И. Балакирев, С. Усоев и Н. Шапо.

Минский медицинский институт, кафедра нормальной физиологии
Зав.Кафедрой проф. А.А.Логинов, научный руководитель асс.
А.А.Тарасевич.

Классическими исследованиями И.М.Сеченова, И.П.Павлова, Н.Е.Введенского установлено, что силе раздражителя принадлежит важная роль в формировании ответной реакции организма.

В настоящем сообщении излагаются экспериментальные данные по изучению значения силы раздражителя применительно к мышечной деятельности человека.

Для регистрации мышечных сокращений использован эргограф Моссо. У исследуемых записывалась эргограмма при нагрузке на средний палец правой руки 1-1,5 кг. Ритм сокращений 30 в одну минуту. Во время работы у исследуемого периодически через 3-4 минуты в течение 10-16 секунд раздражали терморецепторы нижней трети плеча температурой 28°, 27°, 25°, 20°, 15°, 10°, 5°, 0°. Исследовано 20 человек.

У 18 человек видимых изменений мышечной работы при раздражении терморецепторов не обнаружено, а у двух наблюдалось увеличение ее. Полученные данные совпадают с результатами исследований Е.В.Молчанова, М.Г.Маршака и Фере.

В отличие от упомянутых авторов нами обнаружено, что у исследуемых, у которых наблюдается увеличение мышечной деятельности при раздражении терморецепторов, это увеличение находилось в определенной зависимости от силы раздражителя: чем сильнее холодовой раздражитель, тем сильнее проявляется увеличение мышечной деятельности. Например: при температуре 28° видимого изменения работы не наблюдалось, а, начиная с 25° и до температуры 0° увеличение мышечной деятельности проходило пропорционально увеличению силы раздражителя.

Величина изменения силы мышечных сокращений зависела от последовательности дачи сильного и слабого раздражителя.

Выраженность влияния раздражения терморецепторов на мышечную деятельность человека была более значительной при ипсилатеральном раздражении. Это подтверждается и данными Е.В.Молчанова и З.С.Котлярова.

Эффект увеличения мышечной деятельности человека под влиянием раздражения терморецепторов был более выражен на фоне утомления мышц.

Исследуемые, у которых не отмечалось увеличение мышечной деятельности при раздражении температурой 5° , не давали увеличения сокращений и при действии температурами 28° , 25° , 20° , 15° , 10° , 0° .

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ДАНЫМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИХ РАНЕНИЯ

Студ. У к. П.Н. Балин

Киевский медицинский институт, кафедра рентгенологии.
Научный руководитель доц. Н.Ф. Заркевич

1. Изучению отдаленных последствий проникающих ранений легких методом рентгенологических исследований было под-
вергнуто 40 человек.

2. Из всех обследованных через 17-20 лет после ранения в грудной полости обнаруживалось металлических осколков - 45, пуль - 5.

3. Повреждение левого легкого наблюдалось в 26 случаях, правого - 14.

4. Рентгенологический анализ производился методом многоосевой рентгеноскопии и обязательной рентгенографии в передней и боковой проекциях.

Наши наблюдения над сравнительно большой группой раненых в легкие через 17-20 лет указывают на то, что морфологические изменения в них, определяемые рентгенологическим методом, развиваются медленно и в подавляющем большинстве не относятся к тяжелым.

Инвалидность обследованных больных, как правило, опре-

делается не ранением легкого, а другими заболеваниями в сочетании с ранением легкого

Осложнение абсцессом в отдаленном периоде было из 40 в 3-х случаях.

ИЗМЕНЕНИЕ ТОЧНОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОГО АКТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ВИБРАЦИИ

Студ. IУ к. Н.Т. Барвitenко

Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт, кафедра нормальной физиологии. Зав. кафедрой проф. Ю.Уфлянд. Научный руководитель канд. мед. наук М.Ф. Стома.

У группы испытуемых лиц изучалось влияние вибрации на выработку двигательного навыка, связанного с точным дозированием усилия. Проведено 400 исследований по трем вариантам:

а) испытуемые запоминали заданное усилие под контролем зрения и, закрыв глаза, повторяли его;

б) испытуемые запоминали и повторяли усилие в обстановке воздействия вибрации;

в) испытуемые запоминали усилие без вибрации, а повторяли его при воздействии вибрации.

При повторении усилия в нормальных условиях все испытуемые завысили его, в среднем, на 0,33 - 4,4% от запоминаемой величины.

В варианте, где испытуемые запоминали и повторяли усилие в условиях вибрации, результаты были сходны с результатами первой группы.

Если испытуемые запоминали усилие в обычной обстановке, а повторяли его при воздействии вибрации, то завышение составило, в среднем, 21,5%. Разница между полученными результатами статистически достоверна.

Проведенные на животных электромиографические исследования показали, что воздействие вибрации на рецепторный аппарат мышц приводит к изменению характера потока проприоцептивных импульсов в центральную нервную систему, нарушая тем самым условнорефлекторную регуляцию двигательного акта.

Из проведенных наблюдений следует, что вибрация нарушает способность к точному повторению рабочих движений, выработанных в нормальных условиях.

Для более правильного воспроизведения двигательного акта в условиях вибрации нужно тренировать его также при вибрации.

ЗАВИСИМОСТЬ АНТИТИРЕОИДНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОИЗВОДНЫХ РОДАНИНА

(2-тионтиазолидон-4) от их химической структуры

Студ. УІ к. И.Р. Барияк

Львовский медицинский институт, кафедра гистологии и эмбриологии. Зав. кафедрой и научный руководитель проф. А.П. Дыбан.

В последнее время установлено, что активными антитиреоидными препаратами являются роданин и 5-метилроданин /А.П. Дыбан, Л.П. Демкив, М.С. Августиневич/. Их влияние на метаморфоз головастиков лягушек примерно в 80 раз более выражено, чем влияние широко известного 6-метилтиоурацила. Однако, эти препараты оказались токсичными.

Нами изучено 15 новых производных роданина, синтезированных в лаборатории профессора Н.М. Туркевича. Действие этих препаратов изучалось на самцах белых и серых линейных крыс и на головастиках прудовой лягушки и сравнивалось с действием 6-метилтиоурацила и 5-метилроданина.

Результаты наших исследований:

1. Наибольшей антитиреоидной активностью обладает 5-метилроданин. У каждого его последующего гомолога, начиная с 5-этилроданина, антитиреоидные свойства постепенно ослабевают. Это связано с эффектом утяжеления молекулы, который встречается и в других фармакологических препаратах.

2. 5-этилроданин, зобогенное действие которого почти не отличается от действия 5-метилроданина, после дополнительного фармакологического исследования может быть рекомендован для клинической апробации

3. Введение боковых цепей в положение 5 приводит к резкому уменьшению анти tireоидных свойств препарата /например, 5-пропило роданин и 5-изопропило роданин/.

4. Замещение атома водорода в положении 3 фенильной группой также снижает активность анти tireоидных препаратов. При этом наблюдается закономерность уменьшения активности у каждого последующего гомолога 5-метил-3-фенило роданина.

5. Введение в положение 3 метиленовой группы снижает анти tireоидное действие препарата и при этом резко повышает токсичность вещества, что приводит к гибели всех головастиков лягушек даже в самых минимальных дозах (I-I,5 мг/л).

6. Включение в цикл метиленовой группы приводит к незначительному понижению анти tireоидных свойств препарата, однако эти препараты не вызывают увеличения веса самой щитовидной железы. Синтезированный нами пропило роданин (2-тион-I,3-тиазанон-4), шестичленный аналог роданина и изомер 5-метило роданина, в терапевтических дозах обладает высокой анти tireоидной активностью, что подтверждается его влиянием на щитовидную железу крыс и метаморфоз головастиков.

7. Полученная натриевая соль пропило роданина почти не отличается по своей активности от пропило роданина. Однако ее хорошая растворимость в воде позволяет легко и точно дозировать препарат.

8. Активные анти tireоидные препараты следует искать среди самых простых производных роданина, с наименьшим молекулярным весом.

ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ НЕЙРОГИПОФИЗА БЕЛЫХ МЫШЕЙ

Студ. УІ к. М.А. Беленький

І Ленинградский медицинский институт им. И.П. Павлова, кафедра гистологии и эмбриологии, зав.кафедрой проф.Н.А.Шевченко. Лаборатория микроскопии Института цитологии АН СССР, зав.лабораторией проф. Е.М.Хейсин. Научный руководитель старший научный сотрудник ин-та цитологии канд.биол.наук А.Л. Поленов.

Ультраструктуре гипоталамо-гипофизарной нейросекреторной системы млекопитающих посвящено незначительное количество работ. В известной нам литературе отсутствуют исследования, специально посвященные электронной микроскопии нейрогипофиза белых мышей.

Для работы использовано 10 половозрелых белых мышей весом 18-25 гр. Гипофизы фиксировались 1% раствором осмиевой кислоты на ацетат-вероналовом буфере по Колфилду /рН 7,2--7,4/ и после обезвоживания этиловым спиртом заливались в смесь метакрилатов. Срезы приготавливались на отечественном ультрамикротоме УМТ-2 модели Я.Ю.Комиссарчика и исследовались в электронном микроскопе

В главной задней части нейрогипофиза обнаружены многочисленные безмякотные нейросекреторные волокна и их концевые расширения (нейросекреторные окончания), содержащие большое количество секреторных гранул диаметром от 1000 до 1500 А и полиморфные митохондрии. В нейросекреторных окончаниях также нередко наблюдаются "остаточные" нейросекреторные гранулы, имеющие липопротеиновую оболочку, но лишенные электронно-плотного центра. Кроме того, здесь же обнаружены "синаптические пузырьки", диаметр которых в среднем равен 400-450-500 А. Переходные формы между нейросекреторными гранулами и "синаптическими пузырьками" не обнаружены.

Нейросекреторные окончания находятся в тесном контакте с капиллярами (аксо-вазальный нейросекреторный контакт по

А.Л.Поленову). Они примыкают непосредственно к базальной мембране последних. Предположения некоторых авторов о наличии в нейрогипофизе особого перикапиллярного пространства не подтвердились.

В нейрогипофизе обнаружено 3 типа питуицитов, имеющих сходство с плазматическими астроцитами, олигодендроцитами и элементами микроглии. Преобладают питуициты первых двух типов. Нейросекреторные гранулы в цитоплазме питуицитов не обнаружены.

Выделение нейросекрета из окончаний, вероятно, происходит путем молекулярного растворения при прямом участии "синаптических пузырьков".

КОЛЕБАНИЯ АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ЛЕЧЕННОГО АНТИКОАГУ- ЛЯНТАМИ И ФИБРИНОЛИЗИНОМ, И СРЕДИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Студ.У к. Д.Беронтас и Г.Шалнайте

Каунасский медицинский институт, кафедра госпитальной терапии. Зав.кафедрой - проф. Э. Янушкевичус. Научный руководитель - научный сотрудник ЦНИЛ А.Маркунене.

Исследование ферментов крови и тканей является очень чувствительным показателем при ряде патологических процессов в организме. В настоящее время все более важное значение в клинике приобретает исследование фибринолитической системы крови и тканей. Антифибринолитическая активность является звеном этой системы. Целью работы было сравнить колебания антифибринолитической активности в сыворотке крови при инфаркте миокарда и среди здоровых людей; следить за динамикой во время лечения инфаркта миокарда фибринолизинем и антикоагулянтами; параллельно следить также за фибринолитической активностью плазмы крови.

Материал был собран в результате определения казеинолитическим методом по Элснеру вышеупомянутых показателей

среди здоровых людей и использования данных ЦНИЛ.

По полученным данным антифибринолитическая активность среди здоровых людей равна в среднем 8,0 мг/мл (6,6-9,5), а в первый день инфаркта миокарда 8,8 мг/мл (6,0-10,0). В первом случае эта величина в 35, а во втором - в 40 раз выше фибринолитической активности плазмы крови.

При лечении антикоагулянтами за первые 10-15 дней наблюдается общая тенденция возрастания фибринолитической и снижение антифибринолитической активности (если для лечения вместе с антикоагулянтами применялся и фибринолизин, то изменения выражены более ярко); через следующие 5 дней антифибринолитическая активность опять возросла, а фибринолитическая - снизилась.

В ы в о д ы:

1. Антифибринолитическая активность сыворотки крови среди здоровых людей в среднем в 35 раз выше фибринолитической активности плазмы.

2. При инфаркте миокарда можно констатировать снижение фибринолитической активности плазмы крови и повышение антифибринолитической активности сыворотки.

3. При лечении изменения фибринолитической и антифибринолитической активности происходят по противоположным направлениям.

ПОЛОВОЙ ХРОМАТИН КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ И ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

Студ.УІ к. Л.М. Берштейн

Тартуский государственный университет, кафедра пропедевтики внутренних болезней. Зав. кафедрой канд.мед.наук Я.Я.Рийв.
Республиканский Противозобный диспансер. Глав.врач, заслуженный врач ЭССР В.Н. Пашков.
Научный руководитель - доц. К.П. Виллако.

Учитывая разногласия во взглядах на половой хроматин

крови (околоядерные придатки нейтрофилов типа $A_I B_I C$), как на образование, подлежащее генетическому или гормональному контролю, а также принимая во внимание тесную связь щитовидной и половых желез, изучался половой хроматин крови у 20 здоровых лиц и 112 больных тиреотоксикозом и эутиреоидным зобом.

Изучение проводилось по методу Davidson, W. и Smith, D. Принимались во внимание пол, возраст больных, вид и тяжесть заболевания, день менструального цикла у женщин.

Ни в одном из 132 случаев не было расхождений данных исследования с полом пациента.

Не отмечается статистически достоверных различий по типам околоядерных придатков А и В у здоровых лиц и у больных тиреотоксикозом и эутиреоидным зобом, что говорит об отсутствии гормональных влияний на придатки этого типа.

Найдены статистические достоверные различия по типу околоядерных придатков нейтрофилов С у здоровых лиц и больных эутиреоидным зобом с одной стороны и больных тиреотоксикозом с другой, что трактуется как проявление интенсификации обменных процессов в условиях гиперфункции щитовидной железы. Придатки нейтрофилов типа С не являются истинным половым хроматином крови.

ВЛИЯНИЕ ЛЕОФАСА НА ПРОПЕРДИНОВУЮ СИСТЕМУ, ФРАКЦИОННЫЙ СОСТАВ БЕЛКОВ И ЛИПОПРОТЕИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ СОБАК

Студ. УІ к. М.В.Борисюк и А.А. Круковская.

Гродненский медицинский институт, кафедра патологической физиологии, зав.кафедрой доц. Д.А.Маслаков.

Научный руководитель доц. В.В. Баканская.

В предыдущих работах мы сообщали об эффективности лечения острой лучевой болезни раствором иприта в ацетоне. Препарат вводился внутривенно ежедневно в течение 8-10 суток после облучения из расчета 1 /кг веса животного. По данным Л.Ф. Супрон препарат обеспечивает выживаемость у 85,5% со-

бак, облученных дозой 600 r.

С целью дальнейшего изучения механизма действия препарата изучено его влияние на пропердиновую систему организма, фракционный состав белков и липопротеидов сыворотки крови у облученных и необлученных собак. Работа проводилась на 20 беспородных собаках. Были поставлены две серии опытов. первая серия опытов выполнена на 10 собаках, облученных спаренными аппаратами РЖМ-II общей дозой 770 r. Исследования проводились в динамике развития острой лучевой болезни в течение 45 суток после облучения. Во второй серии опытов изучалось влияние лечебной дозы препарата на вышеуказанные показатели у животных без облучения.

Титрация пропердина проводилась отномоментно по методу Леона в модификации Черткова. Сыворотки крови хранились в рефрижераторе при температуре -20° . Фракционный состав белков и липопротеидов изучался методом электрофореза.

Нами получены следующие результаты. В первой серии все контрольные животные погибли на II-19 день после облучения при явлениях выраженной лучевой болезни. Уже на 10 сутки болезни титр пропердина снижался до нуля, количество α -липопротеидов уменьшалось до $51 \pm 1,8$ процента, а количество β -липопротеидов увеличивалось до $49 \pm 2,4\%$ при исходных $81 \pm 2,1\%$ и $18 \pm 0,9\%$ соответственно. β/α коэффициент равнялся $0,90$ при исходном $0,24$.

Подопытные собаки остались живы, лучевая болезнь протекала с незначительно выраженным геморрагическим синдромом, общее состояние животных оставалось удовлетворительным. На 15 день течения болезни титр пропердина снижался до 2 ед./мл, количество α -липопротеидов снижалось до $68 \pm 2,6\%$, количество β -липопротеидов увеличивалось до $32 \pm 2\%$, β/α коэффициент равнялся $0,47 \pm 0,6$.

Результаты, полученные во второй серии опытов показывают, что внутривенное десятикратное введение препарата не влияет на титр пропердина и на состояние белковых и липопротеидных фракций.

ДЕЙСТВИЕ ФИТОНЦИДОВ НА НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ БАКТЕРИЙ

Студ. III к. Г.А.Борознова, Т.В.Дерябина, Н.С.Каплун,
Н.З.Лесман, М.Е. Явич и П.к. М.И. Крыськ.

Витебский медицинский институт, кафедра микробиологии,
зав.кафедрой доц. Е.С. Лепля.

Научный руководитель доц. С.А. Ботвинник.

1. Действие фитонцидов на целый ряд микроорганизмов (туберкулезную и кишечную палочки, холерный и парاخолерный вибрион, протей, палочку Фридлендера и др.) изучено довольно подробно (М.В.Тривус, П.Ф.Шудибль, Т.Д.Янович, В.И.Вавилова, М.П.Зыков и другие).

Между тем влияние фитонцидов на патогенные серотипы кишечной палочки, также как на патогенные штаммы стафилококков, изучены недостаточно.

2. Поэтому мы поставили перед собой задачу изучить антибактериальное действие фитонцидов чеснока, лука, хрена, белой и черной редьки на патогенные серотипы кишечной палочки (O 26, O 55 и O III), на патогенный золотистый и белый стафилококки и одновременно на склеромную, синегнойную и антракоидную палочки.

3. Из чеснока, лука, хрена, белой и черной редьки готовились кашицы, из которых отжимался сок и изучалось его действие на указанные микроорганизмы. Для исследования летучих фитонцидов одновременно ставились опыты с отжатой кашицей.

4. Изучение антибактериального действия полученных соков проводилось тремя методами: 1) методом серийных разведений в жидкой питательной среде, 2) методом серийных разведений в твердой питательной среде, 3) методом бороздок. Всего было поставлено 45 серийных опытов.

5. При исследовании методами серийных разведений в жидкой и твердой питательной среде оказалось, что фитонциды в твердой питательной среде проявляют более слабое действие, чем в жидкой. Эти же опыты показали, что на первом месте по

силе антибактериального действия стоит чеснок. Почти одинаковым действием отличаются фитонциды лука и хрена. Наиболее слабо выражено действие соков черной и белой редьки, причем сок белой редьки проявляет более сильное действие, чем сок черной.

6. При исследовании методом бороздок также выявилось более сильное действие фитонцидов чеснока, одинаковое действие фитонцидов лука и хрена, и более слабое действие фитонцидов белой и черной редьки.

7. В опытах с кашицей чеснока, лука, хрена, черной и белой редьки, посевы всех 8 видов микробов подвергались действию летучих фитонцидов различное время, от 10 минут до 5 часов. Лучшие результаты дала кашица чеснока, от действия которой все культуры, кроме золотистого стафилококка и антракоидной палочки, погибли при 2-часовом воздействии. Золотистый стафилококк и антракоидная палочка погибли после 3-часового контакта с кашицей.

В этих опытах кашица хрена дала значительно лучшие результаты, чем кашица лука. Кашица черной и белой редьки никакого действия на изучаемые микроорганизмы не оказала.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Студ. Л. М. Броун, Н. В. Кузьмина, Н. Н. Мамаев, Т. Л. Рогова и
Э. А. Руппе.

І медицинский Ленинградский институт им. акад. И. П. Павлова.
Кафедра факультетской терапии, зав. кафедрой засл. деятель
науки проф. Т. С. Истаманова.

І. Несмотря на значительное число работ, посвященных количественным изменениям лейкоцитов при экспериментальной лучевой болезни, их функциональная активность изучена совершенно недостаточно.

2. Целью работы являлось изучение функциональной активности лейкоцитов (фагоцитоз, подвижность, гистохимия и осмотическая стойкость) при острой лучевой болезни. Всего обследовано 30 кроликов, облученных различными дозами.

3. Полученные данные свидетельствуют о значительном уменьшении количества кариоцитов, наблюдаемом в костном мозгу уже в первые сутки после облучения. Параллельно с этим отмечается уменьшение количества лейкоцитов в периферической крови с развитием нейтрофилии.

4. Наряду с количественными изменениями наблюдаются изменения функциональных свойств лейкоцитов. Эти изменения проявляются в уменьшении активности окислительных ферментов (оксидазы и пероксидазы), снижении концентрации нуклеиновых кислот, резком снижении осмотической стойкости лейкоцитов. Двигательная активность гранулоцитов значительно увеличилась в первые сутки после облучения, снижаясь в последующем. Фагоцитарная активность гранулоцитов закономерно повышалась. Изменения в содержании гликогена были менее отчетливы.

5. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о закономерных изменениях функциональных свойств лейкоцитов при экспериментальной лучевой болезни

ОСМОТИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ

Студ. УІ к. А. Бумейстере и Э. Жилевич

Рижский медицинский институт, кафедра факультетской терапии.
Зав. кафедрой проф. К. К. Рудзит.

Научный руководитель доц. В. К. Бумейстер.

В настоящей работе исследована осмотическая резистентность лейкоцитов у 18 больных тиреотоксикозом перед терапией и во время лечения мерказолилом и радиоактивным йодом, а также у 10 здоровых. Всего произведено 336 анализов.

Методика работы: к ряду растворов хлористого натрия с падающей концентрацией от 0,9 - 0,2% прибавлялась кровь в соотношении 1:20. Об осмотической резистентности лейкоцитов судили по числу распавшихся лейкоцитов, т.е. по снижению общего числа лейкоцитов. Количество лейкоцитов вычислялось в крови перед и через 3 часа от начала осмотического действия.

Получены следующие результаты:

1. Число лейкоцитов здорового человека при разбавлении крови растворами хлористого натрия падает: на 1-3% при растворе 0,9% NaCl, на 20% при растворе 0,5% NaCl на 60% при растворе 0,2% NaCl.

2. Число лейкоцитов в крови у нелеченных больных тиреотоксикозом с прибавлением 0,9% раствора NaCl после 3 часов падает на 0,2%, раствор NaCl - на 65%.

3. У больных тиреотоксикозом, лечавшихся мерказолилом или радиоактивным иодом, число лейкоцитов в крови при 0,9% раствора падает на 1-3%, при 0,5% растворе на 75, при 0,2% растворе - на 82% и при 0,2% растворе - на 89%.

В ы в о д ы

1. Осмотическая резистентность лейкоцитов у больных тиреотоксикозом до терапии ниже, чем у здоровых.
2. У больных тиреотоксикозом, лечившихся мерказолилом или радиоактивным иодом, осмотическая резистентность лейкоцитов в первом периоде лечения ниже, чем до терапии.

ОБМЕННЫЕ СДВИГИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ
ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЙ ТИАМИНА В ДОЗАХ, ЭКВИВАЛЕНТНЫХ
ЛЕЧЕБНЫМ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА

Студ. Л.Н.Бурцева, Л.Н.Дворянинович, С.Н.Карпуть,
Б.П.Комарова, Ф.С. Ларин, В.Я.Минаков, А.Моисеенок,
Н.С.Непочелович и Т.К. Зраносьян.

Гродненский медицинский институт, кафедра биохимии
Зав.кафедрой доц. Ю.М.Островский

При некоторых патологических состояниях (гипертоническая болезнь, нефриты) в крови больных накапливается тиамин, тко-хром и повышается активность тиаминсодержащих ферментов (Островский Ю.М., 1957; 1960; 1961). Тиамин активно влияет на обмен одно-и двух углеродных осколков в организме, что имеет прямое отношение к некоторым синтезам, в частности, холестерина и холина (Островский Ю.М., 1960; Лорентини, Генедетти, 1956). Было высказано предположение, что гипер-тоническая болезнь характеризуется состоянием, напоминающим эндогенный гипервитаминоз В₁ (Островский Ю.М., 1961), и показано, что тиамин и его производные активно вмешиваются в протекание в организме холинэргических и адренэргических процессов (Балаклеевский А.И., 1960; Балаклеевский А.И., Доста Г.А., Островский Ю.М., 1961; Титаев А.А., 1960; Труфанов А.В., 1959).

Несмотря на это, широкое лечебное применение тиамина в дозах, в 50-100 раз превышающих физиологическую потребность человека в этом витамине, до недавнего времени не встречало существенных возражений. Во многом это связано с тем, что в эксперименте на животных не удавалось выявить каких-либо внешних признаков патологии, связанной только с повышенным длительным введением в организм тиамина. Все существующие ныне руководства по фармакологии и большинство монографий по витаминам дают отрицательный ответ в этом плане (Руководство по фармакологии, 1961; Бикнелл и Прескотт, 1947 и др.).

Только за последние годы появились разрозненные экспериментальные данные, указывающие на возможность глубоких сдвигов в некоторых обменах при передозировке тиамина (Саики, Эбэ, 1959; Зупулеску, 1959), и показано токсическое действие даже лечебных доз тиамина (Линенко В.И., 1958; Юдкин, 1959; Леша, 1961).

В качестве модели для изучения влияния на обмен веществ повышенной обеспеченности организма тиамином нами использованы голуби (обоюго пола, весом 250-300 гр. и крысы /самцы весом 120-250 гр./). Всего в опытах находилось 109 голубей, 29 крыс и 75 мышей. Голуби были разделены на подгруппы с различной диетой и различными дозами и способами введения тиамина. Продолжительность каждого опыта 1-2 месяца. Гипервитаминоз вызывался в одном случае на фоне рисовой диеты, а в другом - обычной смешанной. Животным вводились дозы тиамина от 100 до 1000мкг, что в 10-100 раз превышает физиологическую потребность в тиамине для голубей или крыс. Вводимые во всех опытах дозы тиамина эквивалентны по кратности лечебным, применяемым для людей.

В крови и различных тканях контрольных и опытных животных: одновременно исследовались: трансаминаза, холинэстераза, холинацетилаза, общие липиды, сульфгидрильные и аминные группы белков, карбоангидраза.

Для большинства исследованных показателей получены статистически достоверные отклонения от нормы в опытной группе.

Так, активность холинэстеразы мышц снижается с 97 ± 7 до 63 ± 9 ед. / $t = 3,0/$; а холинацетилазы повышается $/9,6 \pm 1,8$ и $15 \pm 2,3$, $t = 1,9/$. Количество сульфгидрильных групп в белках мозга падает с $5,90 \pm 0,17$ до $5,00 \pm 0,04$ мкмоль/гр / $t = 5,16/$ и повышается с $0,11 \pm 0,006$ до $0,14 \pm 0,012$ для белков крови. На примере ферментных систем и целого организма показано угнетающее действие тиамина на активность ферментов, содержащих фосфопиридоксаль: активность трансаминазы в мышцах имеет тенденцию к понижению

/95 тыс. и 82 тыс.единиц, $t = 1,63/$, а витамин B_6 снимает токсическое действие высоких доз тиамина. При гипервитаминозе B_1 нарушается окисление фосфолипидов в печени. Количество их возрастает с 4844 до 5625 мг% / $t = 2,3/$.

Очевидно, что даже лечебные дозы тиамина приводят к существенным сдвигам в обмене веществ, с чем необходимо считаться при проведении витаминотерапии.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ МУЖСКОЙ СПЕРМЫ ПО МЕТОДАМ СПЕРМОГРАММЫ И ПРОБЫ ШУВАРСКОГО

Студ. УІ к. И.И. Буткус, У к. Ю.Р.Плескачяускас
Вильнюсский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии, зав.кафедрой доц. В. Баронас.
Научный руководитель ассистент П. Скруйбис.

Бесплодие является очень важным и актуальным вопросом. Если в случаях семейного бесплодия обследование женщин соответствует современным требованиям медицины, то обследование мужчин в гор. Вильнюс является недостаточным.

С целью установить качественные и количественные изменения мужской спермы, мы обследовали 250 бесплодных семей-мужскую сперму по методу спермограммы и пробы Шуварского-Гунера во 2-й женской консультации клинической больницы гор. Вильнюс.

Возраст обследуемых мужчин от 21 до 46 лет. Самую большую группу составляют мужчины от 31 до 35 лет (40,4 %).

Обследуя по методу спермограммы, мы установили в 184 случаях (73,6 %) нормальную сперму и в 66 случаях (26,4%) патологическую сперму, состоящую из:

гипоспермия	11,2%
олигоспермия	6,4%
некроспермия	5,2%
азоспермия	2,8%
гипо-олигоспермия	0,4%
аспермия	0,4%

Проб Шуварского-Гунера сделано 73-156 жещинам и найдено:
проба положительна 47,95%
проба слабо положительна 20,55%
проба отрицательна 31,5%

Анализируя спермограммы и пробы Шуварского-Гунера в случаях нормоспермии мы убедились, что обследование только по методу спермограммы является недостаточным. При анализе спермы методом Шуварского-Гунера, при наличии нормальной спермы найдено, что в 42,37% проба слабоположительная или отрицательная.

При исследовании спермы методами Шуварского-Гунера и Курцок-Миллера, полученные результаты имеют практическую ценность только в том случае, если исследование производится во время ожидаемой овуляции: при выраженном рефлексе зрачка и феномене кристаллизации.

Ознакомившись с диагностикой и лечением мужского бесплодия в г-р. Вильнюс, мы пришли к выводу, что они поставлены удовлетворительно. Только во 2-й женской консультации и частично в 1-й женской консультации производится исследования спермы и пробы Шуварского-Гунера. Желательно, чтобы вопросом диагностики и лечения мужского бесплодия занималось одно лечебное учреждение, которое смогло бы этот актуальный вопрос решать более глубоко.

О РЕГЕНЕРАЦИИ СУХОЖИЛИЙ ПРИ АУТО- и ГОМОПЛАСТИКЕ

Студ. Ш к. Х. Вайник и У к. П. Роосаар
Тартуский государственный университет, кафедра факультетской хирургии, зав. кафедрой проф. А. Линкберг
Научный руководитель асс. К. Таммера.

Наблюдения за динамикой восстановления ахиллова сухожилия велись на 6 кроликах с применением аутоотрансплантата и на 6 кроликах с применением гомотрансплантата. На основании наблюдений, вскрытий и микроскопической картины было установлено следующее:

1. Сухожильный аутоотрансплантат, помещенный на рану длиной в 1 см на область дефекта сухожилия, срастается с ним в течение 5 недель. При употреблении гомотрансплантата по прошествии 6 недель срастание было недостаточным.

2. При употреблении аутоотрансплантата он некротизируется на значительном протяжении, но по прошествии 5-6 недель эти участки замещаются соединительной тканью, богатой сосудами. С сухожилием аутоотрансплантат соединяется соединительной тканью.

3. Гомотрансплантат, помещенный в область дефекта сухожилия, некротизируется, гомогенизируется и не содержит клеточных ядер. Рост соединительной ткани в небольшой степени по периферии, но срастание с сухожилием по прошествии 6 недель еще недостаточное.

4. Из вышеизложенного следует, что для замещения дефекта сухожилия надо предпочесть аутоотрансплантат, при употреблении которого срастание происходит раньше и полнее.

АЛЛОПЛАСТИКА АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Студ. IУ к. Т. Вельгре, Ш. к. А. Липпинг, У I к. Э. Селп и
IУ к. У. Труупыльд

Тартуский государственный университет, кафедра факультетской хирургии, зав. кафедрой проф. А. Линкберг.

Научные руководители проф. А. Линкберг, канд. мед. наук К. Пыльдвере и канд. мед. наук Э. Тундер

1. Цели данной работы:

- а) Выяснить употребление синтетических протезов из лавсана при замещении сегмента грудной и брюшной аорты и магистральных сосудов.
- б) Получить практические навыки в сосудистой хирургии.

2. Произведены 20 аллопластических операций на собаках.

Операции проводились под потенцированным интубационным наркозом с употреблением эфира и кислорода. Шов кровеносных сосудов произведен по методу Карела в модификации И.А.Морозовой.

Во время операций и после операций антикоагулянтами не пользовались. Выключение магистральных сосудов из общего кровообращения колебалось от 12 мин.45 сек. до 32 мин. Длина применяемых аллотрансплантатов была от 3,5 см до 14 см и поперечник от 6 мм до 10 мм. Длительность опытов колебалась от 16 часов до 331 дня.

3. Проходимость протезов исследовалась методом ангиографии /после смерти и при жизни/. Из 20-ти аллотрансплантатов оказались проходимыми 14; причем закупорка была почти при всех использованных шунтах от брюшной аорты к бедренной артерии /80%/. В магистральных артериях наблюдалась закупорка при 13,3% из опытов, которая была обусловлена техническими ошибками.

4. Убивая собак в разные сроки после замещения артерий полиамидами, мы установили, что протез изнутри выстлан эндотелием через 4-6 месяцев.

5. Гистологические исследования показали, что вокруг синтетического материала образуется прочная соединительная ткань. В прилежащих тканях признаков воспаления не наблюдалось.

6. По мнению авторов можно считать аллотрансплантацию рекомендованной на больших кровеносных сосудах, но не на маленьких.

ЗАВИСИМОСТЬ ВЕСА ПЛОДА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

Студ. УІ к. Н.И. Верстак

Гродненский медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии. Зав.кафедрой проф. М.В. Могилев.

Научный руководитель доц. В.С. Ракуть

Определение веса внутриутробного плода имеет важное значение в вопросе управления родовым актом, позволяет судить о прогнозе родов.

Зная факторы, влияющие на вес плода, можно в каждом отдельном случае более правильно определить его вес.

Мы изучали зависимость веса внутриутробного плода от антропометрических данных (вес, рост) матери и отца, возраста их, количества предыдущих беременностей и родов, менструальной функции, заболеваний матери во время беременности, характера выполняемой работы, питания беременной. В указанном аспекте изучен вес новорожденных у 210 матерей.

Для наглядности зависимости веса плода от изучаемых нами факторов мы выделили три весовые группы новорожденных: низкий вес (2500-3000 г.), средний (3000-3700г.) и высокий (свыше 3700 г.) Из 210 детей с низким весом родилось 40, со средним - 110, и с высоким - 60.

По нашим данным увеличение веса плода находится в прямой зависимости от возраста матери, в то время как от возраста отца установить какую-либо зависимость не удалось.

Увеличение веса плода нами отмечено при каждом последующих родах до седьмых родов включительно. Среди наблюдаемых нами не было женщин, рожавших более семи раз.

Некоторое повышение веса плода установлено у женщин, имевших в прошлом аборт. Однако прямой зависимости веса плода от количества абортов не отмечено.

Выявлена зависимость веса плода от роста матери; у женщин с высоким ростом рожаются более крупные дети. Зависимости веса плода от роста отца нами не установлено.

Определенная зависимость имеется между весом матери и весом плода: с возрастанием веса матери вес детей тоже возрастал. Аналогичное влияние имеет и вес отца. В связи с последним мы полагаем, что важное значение имеет, по-видимому, окружность головы отца, грудной клетки, ибо рост отца, по нашим наблюдениям, не оказывает влияния на вес плода. Но изучить эти данные нам представилось возможным лишь в отдельных случаях.

Большинство матерей, у которых менструация началась поздно (16-18) рожали детей с высоким весом. Можно полагать, что в этих случаях имеет значение какая-то особенность яйцеклетки, появляющаяся при ее позднем созревании.

По нашим данным число детей с высоким весом увеличивается у женщин при сравнительно длительных менструациях (свыше 4 дней). Зависимость веса детей от выполняемой женщиной работы - физической или умственной - не отмечена.

Такие заболевания у беременных, как пороки сердца, не оказывали влияния на вес плода. Но у женщин, страдающих поздним токсикозом беременности, отмечено снижение веса плода.

Из 210 детей мальчиков было 126. Следует указать, что мальчики имели несколько больший вес по сравнению с девочками.

Питание беременных тоже оказывает влияние на вес внутриутробного плода.

Следовательно, вес внутриутробного плода в той или иной степени зависит от возраста матери, веса ее, времени начала менструаций и их продолжительности, количества предыдущих родов, питания беременной, пола плода, осложнения беременности поздним токсикозом.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ПОЛОСТИ РТА

Студ. IУ к. И.Вишняускас и А.Паутенюс
Каунасский медицинский институт, кафедра хирургической
стоматологии, зав. кафедрой -проф., доктор мед.наук
С. Чяпулис. Научный руководитель асс. А. Канопкене.

Воспалительные процессы в полости рта встречаются довольно часто. Появляются они вследствие осложненного кариеса зубов - в пульпе, в периодонте, а также в кости челюсти и мягких тканях.

В доступной нам литературе не удалось найти данных о местной температурной реакции в полости рта при различных воспалительных процессах.

Местную температурную реакцию мы исследовали у 30 больных при помощи медиц.электротермометра типа ТЭМП-60. Сделаны измерения на здоровой и больной сторонах полости рта, а также с наружной стороны в области лимфатических узлов (с обеих сторон) в подчелюстной области. Сравнивая полученные температурные данные здоровой и больной полости рта, мы пришли к выводам:

1. В ранней стадии острого воспаления, когда воспалительные процессы в слизистой полости рта слабо выражены, электротермометр достаточно чувствителен, чтобы показать температурные изменения в пределах $0,5^{\circ}\text{C}$.

2. При более поздних стадиях острого воспаления разница температуры достигала $0,5-1,5^{\circ}\text{C}$. В подчелюстных лимфатических узлах тоже наблюдалось повышение температуры на $0,2-1,5^{\circ}$.

3. При хронических воспалениях как местные температурные реакции так и в лимфатических узлах температура ниже, чем при острых процессах воспаления.

4. Наблюдение местной температуры при воспалительных процессах полости рта дает возможность оценить ход процесса и эффективности лечения.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Студ. УІ к. А. Волаше, М. Граубице, Л. Кулитане, И. Цируле, Х. Шинло. Рижский медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии. Зав. кафедрой проф. Р. Л. Шуб.

1. Нами изучены истории болезни гинекологических больных в возрасте до 18 лет, находившихся в акушерско-гинекологической клинике Рижского медицинского института на протяжении последних 5 лет.

2. Среди 58 гинекологических больных были больные с дисфункцией яичников (23), с травмой половых органов (8), с воспалительными процессами половых органов (12) и с опухолями половых органов (9) и др.

3. Нами изучены ближайшие результаты и у ряда больных отдаленные результаты лечения совместно с ассист. канд. мед. наук З. В. Ош а.

4. Дисфункциональные маточные кровотечения у детей носили характер ювенильных кровотечений, и наиболее эффективным методом лечения оказалось сочетание витаминов С и В - комплекса с препаратами железа.

5. Травмы половых органов были представлены, главным образом, разрывом гимена и нарушением целостности наружных половых органов. Лечение проводилось хирургическое, и заживление было у всех больных первичным натяжением.

6. Заболевания воспалительного характера женских половых органов были вызваны чаще всего вульварной инфекцией. Применение антибиотиков и нитрофуранов быстро ликвидировало воспалительный процесс.

7. Опухоли женских половых органов у детей и подростков исходили главным образом из яичников. Все больные подвергались оперативному лечению.

8. Отдаленные результаты лечения были весьма благоприятными, и все обследованные оказались здоровыми.

Необходимо в дальнейшем шире развернуть кабинеты гинекологии детского возраста для предупреждения гинекологических заболеваний у детей и подростков.

О ПРИМЕНЕНИИ АЦЕТИЛХОЛИНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ПРИ АСИСТОЛЬНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Студ. IУ к. А.Вяримяз, Я. Маароос, В.Мёльдер и У I к.
Т.Суллинг

Тартуский государственный университет, кафедра факультетской хирургии, зав. кафедрой проф. А.Линкберг. Тартуская городская клиническая больница. Главный врач -Р.Лепнер. Научные руководители проф. А.Линкберг, канд.мед.наук Э.Тюндер и зав.отдел. Ю.Гросс

1. Произведено 28 опытов на 16 собаках для ознакомления с методом коронарографии.

2. Были изучены изменения в ЭКГ при внутривенном введении различных доз ацетилхолина.

3. Для восстановления нормального ритма и предупреждения гипоксемии в связи с асистолией рекомендуется применять электростимуляцию.

4. Остановка сердца, полученная при внутривенном введении ацетилхолина, в комбинации с применением зонда Дотта - Люкас, дает возможность получить хорошие коронарные ангиограммы.

ИНТРАОРГАННАЯ СЕГМЕНТАРНАЯ СТРУКТУРА СОСУДОВ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПЕЧЕНИ

Студ. У к. В. Гасюнас, А. Дудите и С. Макнавичюс.

Вильнюсский государственный университет, кафедра общей хирургии и топографической анатомии с оперативной хирургией. Зав. кафедрой доктор мед. наук, доц. А. Марцинкевичюс. Научный руководитель канд. мед. наук, доц. И. Серапинас.

Объект исследования: Изучались сосуды и желчные протоки печени людей в возрасте от 4-месячного плода до 88 лет. Основную часть исследования составил возраст от 30 до 50 лет.

Методика исследования: Применялись инъекции сосудов и желчных путей различно контрастирующими веществами с последующей рентгенографией. Кроме того, изучались препараты коррозионным методом (АКР-7 и синтетический латекс).

Результаты исследования.

1. В печени можно выделить в среднем 8-9 сегментов.
2. На нижней поверхности печени сегменты считаются против часовой стрелки, а на диафрагмальной поверхности по часовой стрелке.
3. Зона между воротной веной и устьем печеночных вен в нижнюю полую вену считается первым сегментом.
4. Сагитальная линия, проведенная через ствол нижней полой вены и верхушку желчного пузыря, делит сегменты на правые и левые.
5. Линия, проведенная через основные ветви воротной вены, разделяет сегменты печени на передние и задние.
6. В сегментах, расположенных впереди от упомянутой линии, ветви печеночных вен $1/3-1/4$ общей длины не совпадают с ходом сосудисто-желчного пучка, а $2/3-3/4$ совпадают.
7. В сегментах, находящихся сзади от продольной линии ворот печени, ветви печеночных вен совпадают с ходом сосудисто-желчного пучка, но резекция этих сегментов опасна, ввиду возможности перевязки основных вен, собирающих кровь из передних сегментов.

ПЛАСТИКА АРТЕРИИ МАЛОГО КАЛИБРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Студ. УІ к. Я. Гинтерс и Я. Купч.

Рижский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии, зав. кафедрой - доц. Э. Т. Эзерметис

1. Пластика мелких сосудов является важным, но практически сложным вопросом. Цель работы - сравнение аллопластики больших и малых сосудов.

2. Всего сделано 49 экспериментов на 28 собаках. Для протезирования сосудов применяли гофрированные лавсановые протезы. Мы замещали бедренную артерию, общую сонную артерию и общую подвздошную артерию со средним диаметром 3-5 мм. В II случаях замещались части брюшной аорты со средним диаметром 8-12 мм. Протезы пришивались при помощи ручного шва, атравматической иглой. После протезирования применялась терапия антикоагулянтами.

3. При замещении артерий малого диаметра тромбоз трансплантата наступал чаще, чем при замещении артерии большого диаметра. При замещении артерии диаметром до 5 мм трансплантат функционировал в одной трети случаев, а при замещении артерии диаметром более 5 мм трансплантат функционировал в 3/4 случаев. Наблюдения производили от I дня до I года.

4. Аллопластика мелких сосудов технически сложнее, и тромбоз наступает в 3 раза чаще, чем при пластике артерий большого диаметра, независимо от одинаковых условий эксперимента. Тромбоз трансплантата в большой мере зависит от качества наложения швов.

5. Для внедрения пластики сосудов малого калибра необходимо усовершенствовать методы соединения сосудов с трансплантатом. Для этого необходимы дальнейшие экспериментальные наблюдения.

ХОЛЕСТЕРИН КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АСЦИТЕ

Студ. У к. М.М. Гоман

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской
хирургии, зав. кафедрой проф. С.М. Луценко
Научный руководитель доц. И.Я. Махшанов

1. Содержание холестерина в сыворотке крови здоровых собак исследовано у 9 животных. Средняя величина оказалась равной 131 мг%, с колебаниями от 90 до 210 мг%. По литературным данным колебания холестерина сыворотки крови составляют от 122 до 227 мг%.

2. Экспериментальный асцит у собак вызывался путем сужения задней полой вены над диафрагмой до 1/2 ее диаметра. Из 13 оперированных собак асцит развился у 11.

3. Исследование содержания холестерина сыворотки крови показало следующее:

а) у двух животных, у которых асцит не развился, содержание холестерина не изменилось.

б) из 11 животных, у которых развился асцит, содержание холестерина снизилось у 9, а у 2 собак холестерин сыворотки крови незначительно повысился, но оставался в пределах колебания нормы.

4. Снижение холестерина сыворотки крови имеет прогрессирующий характер. Средняя величина для 9 животных через 4 месяца после операции была равна 101 мг% с колебаниями от 80 до 128 мг%.

ОБ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ У СЛЕПЫХ И ГЛУХОНЕМЫХ

Студ. IУ к. Л.А. Романок.

Гродненский медицинский институт, кафедра пропедевтики внутренних болезней. Зав.кафедрой доц. Г.В. Кулаго.

До настоящего времени остается недостаточно изученным вопрос о распространении гипертонической болезни и гипотонических состояний у слепых и глухонемых. И.К.Эвзин, на основании измерения артериального давления у 72 детей и подростков, пришел к заключению, что гипертония у части обследованных связана со слепотой. П.В. Спирина при обследовании 230 учеников специальных школ (для слепых и глухонемых) не выявила ни одного с повышенным артериальным давлением. Работ по изучению распространенности гипотоний среди слепых и глухонемых мы не встретили.

Наша работа посвящена изучению артериального давления у слепых и глухонемых. С этой целью нами обследовано 106 слепых и 66 глухонемых рабочих, работающих в специальных мастерских. Возраст обследованных: 18-20 лет - 12 человек, 21-30 лет - 97, 31-50 лет - 55, старше 50 лет - 8 человек.

Повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм.рт.ст.) выявлено у 3 человек, что составляет 1,7%, максимальное артериальное давление в пределах 136-140 мм.рт.ст. было у 4 человек.

Артериальная гипотония (максимальное давление ниже 100мм рт.ст.) обнаружена у 13 человек (7,6%). У большинства из них (у 9 из 13) трудоспособность оказалась заметно пониженной.

Полученные данные показывают, что повышенное артериальное давление у слепых и глухонемых встречается значительно реже, чем у обычных рабочих. По нашему мнению, это является следствием ограниченного и несбычного восприятия внешней среды. Частота гипотоний у обследованных нами лиц примерно такая же, как и у других рабочих.

Результаты выше приведенных исследований показывают, что при профилактических осмотрах слепых и глухонемых необходимо больше уделять внимания выявлению лиц с пониженным артериальным давлением, а также их диспансерному обслуживанию.

ДАННЫЕ СФИНКТЕРОМЕТРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Студ. УІ к. А.А. Гресъ

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав. кафедрой проф. С.М. Луценко
Научный руководитель доц. В.А. Мохорт

1. С целью объективной регистрации тонуса замыкающего аппарата мочевого пузыря нами проведена сфинктерометрия по методу Гартля и Охлерта с модификацией Л.И. Ободынской.

2. В аппарате для измерения кровяного давления отнималась манжетка и присоединялся пластмассовый наконечник, который вводился в наружное отверстие мочеиспускательного канала, затем медленно накачивали воздух в систему, пока ртутный столб манометра резко не поднимался и не слышался звук прохождения воздуха в мочевой пузырь. Сила сфинктера равна числу миллиметров ртутного столба, при котором происходит резкое снижение столбика ртути.

3. Нами проведена сфинктерометрия у 99 больных с различными урологическими заболеваниями.

4. При наличии заболеваний верхних мочевых путей обследовано 23 больных. Эту группу больных мы считаем контрольной и данные сфинктерометрии были от 70 до 90 мм ртутного столба.

5. Из 49 больных, страдающих ночным недержанием мочи, у 12 сила сфинктера была равна 40-45 мм ртутного столба, а у остальных 37 она равнялась 80-95 мм ртутного столба.

После проведенного консервативного лечения сила сфинктера повышалась на 5-10 мм ртутного столба.

6. С воспалительными заболеваниями половых органов обследовано 14 больных, у 9 из них сила сфинктера равнялась 110-120 мм ртутного столба.

7. При воспалительных заболеваниях мочевого пузыря у всех 13 больных данные сфинктерометрии равнялись 100-115 мм ртутного столба.

8. Повышение сфинктерометрических данных при воспалительных заболеваниях мочевого пузыря и половых органов следует объяснить рефлекторным спазмом как наружного так и внутреннего сфинктеров.

9. При ночном недержании мочи благодаря сфинктерометрии выявляются анатомо-физиологические изменения, обуславливающие это страдание. Резкое снижение силы сфинктера подтверждает наличие ночного недержания мочи и может применяться при экспертизе как один из методов комплексного обследования.

Н-ХОЛИНОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ АММОНИЕВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ИНДАНДИОНА - I,3

Студ. IУ к. А. Гриетена и М. Лине
Рижский медицинский институт, кафедра фармакологии
Зав.кафедрой - член-корр. АМН СССР проф. М. Л. Беленький.

I. Среди соединений, содержащих аммониевую группу, известны вещества, которые проявляют Н-холинолитическую активность, т.е. оказывают курареподобное или ганглиоблокирующее действие. В проблемной лаборатории дикетонов Рижского политехнического института под руководством академика Г. Я. Ванага был синтезирован ряд производных индандиона-I,3, содержащих во 2-м положении радикалы с аммониевыми группами.

2. Для оценки Н-холинолитических свойств данного ряда соединений были поставлены опыты на изолированной прямой мышце живота лягушки. Определяли концентрации изучавшихся веществ, понижающих ацетилхолиновую контрактуру прямой мышцы живота на 30% (EC_{30}) и на 50% (EC_{50}). В целях сравнения определяли величины EC_{30} и EC_{50} также для курареподобного препарата диплацина.

3. Полученные данные показывают, что индандионы, содержащие две аммониевые группы, проявляют более высокую Н-холинолитическую активность, чем соединения с одной аммониевой группой. Бис-аммониевые производные индандиона - динитрат бис-(2-п-триметиламмонифенил) индандиона-I,3 (М-24), его диметилэтиламмониевый аналог (М-25) и дибромид 2-триетиламмоний-2-(п-триметиламмонифенил)-индандиона-I,3 (М-23) - по Н-холинолитической активности существенно не отличались от диплацина. Из моноаммониевых соединений самым активным оказался бромид 2-бром-2-(п-триметиламмонифенил) индандиона-I,3 (М-20).

4. Соединения, проявившие более высокую активность на прямой мышце живота лягушки, были также исследованы в опытах на интактных кроликах при внутривенном их введении. При этом оказалось, что по способности вызывать симптомы поникания головы соединения М-23, М-24 и М-25 в несколько раз уступают диплацину.

ОБ ОКИСЛЕНИИ ТИАМИНА ПЕРОКСИДАЗОЙ IN VITRO
И СТИМУЛЯЦИИ ЭТОГО ПРОЦЕССА ГОРМОНАМИ,
СОДЕРЖАЩИМИ ФЕНОЛЬНУЮ ГРУППИРОВКУ

Студ. УІ к. А. Гринберг.

Рижский медицинский институт, кафедра биологической химии,
зав. кафедрой - академик АН СССР А.А. Шмидт.

Научный руководитель доц. Ю.Н. Кремер.

1. Известно, что в организме животного тиамин окисляется в тиохром. Возник вопрос о возможном участии в этом процессе пероксидазной системы.

2. Нами установлено, что тиамин in vitro окисляется перекисью водорода в присутствии пероксидазы хрена в фосфатном буфере при pH 7,3, однако этот процесс в этих условиях протекает с небольшой скоростью. Активность пероксидазной системы можно в значительной степени повысить внесением в реакционную смесь каталитического количества фенола. Однако, тирозин, являющийся производным фенола, такого действия не проявил.

3. Аналогичным фенолу действием обладали --тироксин и эстрогены: эстрадиол, эстрон и их синтетический аналог синестрол, т.е. гормоны, содержащие фенольную группировку.

4. В докладе будет обсужден механизм этой реакции с точки зрения теории свободных радикалов и возможное значение этого процесса в регуляции обменных процессов.

ВАРИАНТЫ ЭКСТРАОРГАНЫХ СОСУДОВ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Студ. IУ к. Э.Гринкевичуте, И.Рудаускас, И.Садаускас
Вильнюсский государственный университет, кафедра общей
хирургии и топографической анатомии с оперативной хирургией.
Зав.кафедрой доктор мед.наук А. Марцинкявичус.
Научный руководитель канд.мед.наук И. Серапинас.

О б ъ е к т и с с л е д о в а н и я . Изучались особенности топографоанатомических элементов печечно-двенадцатиперстной связки на 30 комплексах органов людей, умерших от заболеваний или травм, не связанных с патологией печени. Возраст людей от 30 до 55 лет.

М е т о д и к а и с с л е д о в а н и я : Производилась инъекция окрашенными массами: желчных путей суспензией сернокислого бария, окрашенной в зеленый цвет, воротная вена - этой же суспензией - в синий цвет, артериальная система инъецировалась модифицированной И.Серапинасом смесью сурика и синтетического латекса.

Сосуды и желчные пути заполнялись, учитывая среднюю степень наполнения.

Производилась препаровка, измерялся диаметр и длина сосудов, препараты фотографировались, делались снимки натуральной величины и окрашивались в соответствующие цвета.

Р е з у л ь т а т ы и с с л е д о в а н и я . Элементы печечно-двенадцатиперстной связки подвержены большой индивидуальной изменчивости.

По отношению к воротной вене общечелчный проток может располагаться параллельно /8 из 30/, делать перекрест, залегая на передней поверхности воротной вены или идти параллельно и кпереди от нее.

Угол, образуемый общечелчным и пузырным протоками, колеблется от 10 до 63°, высота его - от 9 до 50 мм. Печеночные артерии в большинстве случаев занимают синистро-позицию по отношению к воротной вене /17 из 25/. В области

ворот печени они могут совершать перекрест с другими элементами печеночно-двенадцатиперстной связи.

При двух источниках кровоснабжения печени, они размещаются по обе стороны воротной вены.

Воротная вена по отношению к другим элементам печеночно-двенадцатиперстной связи занимает срединно-дорзальную позицию.

К ВОПРОСУ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДОН- ГИРОВАННОГО ИНСУЛИНА С КРИСТАЛЛИЧЕСКИМ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Студ. УІ к. Э.Грудиня, М.Кривиша и В.Сома.

Рижский медицинский институт, кафедра детских болезней.

Зав.кафедрой доц. М.Д. Курбатова

Научный руководитель - Г.И. Гром.

1. Для лечения детей, больных сахарным диабетом, обычно применяется кристаллический инсулин, действие которого прекращается по истечении 6 часов. Поэтому его приходится инъектировать 2-3 раза в день.

Применением препаратов пролонгированного инсулина, действие которых длится около суток, не удается добиться желаемой нормализации обмена веществ.

В литературе имеются упоминания о возможности использования пролонгированного инсулина одновременно с обычным инсулином.

Методика комбинированной инсулинотерапии разработана еще недостаточно. Известно, что при такой инсулинотерапии в первые часы после инъекции действует преимущественно обычный /кристаллический/ инсулин, а спустя 8 часов - только пролонгированный.

2. С октября 1962 года по февраль 1963 года в детской клинике была применена комбинированная инсулинотерапия у 6 больных сахарным диабетом детей школьного возраста. У 4 из 6 до применения комбинированной инсулинотерапии призна-

ков ацидоза не наблюдалось. У 2 детей с склонностью к ацидозу периодически появлялась довольно стойкая ацетонурия.

Во всех случаях дозы того и другого препаратов инсулина подбирались индивидуально на основе систематического определения глюкозурии /суточного глюкозурического профиля/, диуреза, общего состояния и самочувствия больного и периодического определения уровня сахара в крови.

В зависимости от тяжести заболевания дети получали 8-18 ед. обычного инсулина и 12-18 ед. протамин-цинк-инсулина. Оба препарата инсулина вводились подкожно одной инъекцией в 8 часов утра за 30 минут до завтрака. Во всех случаях результаты комбинированной инсулинотерапии были удовлетворительными: при хорошем самочувствии и состоянии уменьшалась глюкозурия, несмотря на наблюдавшееся иногда некоторое уменьшение общего количества инсулина. Симптомов гипогликемии не наблюдалось.

У 2 детей с явлениями ацидоза после перехода на комбинированную инсулинотерапию /18 ед. обычного и 18 ед. пролонгированного инсулина утром и дополнительно 6-8 ед. обычного инсулина перед обедом в 13 часов/ исчезла ацетонурия и уменьшилась глюкозурия. Одновременно улучшилось и их самочувствие.

Комбинированная инсулинотерапия имеет преимущества не только потому, что она позволяет сократить количество инъекций и тем самым делает более свободным режим дня больного сахарным диабетом ребенка, но прежде всего потому, что она лучше нормализует обмен вещества на протяжении суток, чем лечение одним кристаллическим инсулином.

Поэтому показания к комбинированной инсулинотерапии, по всей вероятности, должны расширяться не только в детских, но и в терапевтических клиниках.

Во избежание гипогликемии ночью нельзя превышать 18 ед. протамин-цинк-инсулина при введении его утром в комбинации с обычным инсулином.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ, ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТОВ

Студ. УІ к. Л. Н. Гузень и Т. А. Сморчок.

Гродненский медицинский институт, кафедра офтальмологии.
Зав. кафедрой канд. мед. наук В. Парамей.

Так как планирование борьбы с увеитами невозможно без представления об их удельном весе, эффективности диагностики и лечения, мы провели анализ воспалительных процессов сосудистой оболочки глаза у больных, находившихся на стационарном лечении в 1962 году. Такие процессы /60 человек/ составили 9,3% общего количества больных. Мужчин было 32, женщин - 28. Более 1/3 больных (24) были в возрасте старше 50 лет.

С целью выявления этиологии процесса, кроме общего клинического обследования, проводилась постановка туберкулиновых проб, а также реакции гемагглютинации с туберкулезным антигеном. При аллергических пробах учитывали общую, очаговую и местную реакции. Вывод о туберкулезной этиологии делали на основании положительной очаговой реакции.

Большая часть больных (38-63,4%) страдали увеитами, этиологию которых установить не удалось. Второе место по частоте занимали воспалительные процессы туберкулезного происхождения (21%). В остальных случаях этиология связана с ревматизмом, травмой и др.

У большей части больных течение воспалительного процесса было хроническим. Иридоциклит был диагностирован чаще (34 больных), чем хориоидит (10 больных). У 16 человек в воспалительный процесс были вовлечены все отделы. Увеиты невыясненной этиологии сопровождались пропотеванием в переднюю камеру фибринозного экссудата. При воспалительном процессе туберкулезной этиологии экссудат чаще носил серьезный характер.

Внутриглазное давление у большинства больных (49) было в пределах нормы. Реже оно было пониженным (9 человек), толь-

ко у двух больных наблюдалось повышение.

Лечение больных было комплексным (мидриатики, сульфониламидные препараты или антибиотики, уротропин, тканевые препараты). Наряду с внутримышечными инъекциями и приемом через рот, антибактериальные препараты вводились в ткани глаза путем электрофореза. Больным с туберкулезным поражением глаз сочетали дачу не менее 2-х антибактериальных препаратов с десенсибилизирующим лечением.

Средний койко-день равен 19. Для туберкулезных увеитов несколько выше (20), для увеитов невыясненной этиологии меньше (18).

У большинства больных (53) констатировано улучшение воспалительного процесса. Полное выздоровление было в 4-х случаях, ухудшение процесса имело место у одного больного. Значительно улучшилась острота зрения: при выписке у 2/3 больных она была равна 0,3 - 1,0. После выписки из стационара больные продолжали лечение под наблюдением врачей-окулистов поликлиник и амбулаторий.

В ы в о д ы

1. Применяемые методы диагностики не позволили выявить этиологию воспалительного процесса сосудистой оболочки глаза более, чем у половины больных (63,4%).

2. Сравнительно часто причиной увеитов является туберкулезный процесс (21%).

3. Большинство больных с воспалительным процессом сосудистой оболочки выписывались из стационара в состоянии улучшения, нуждались в продолжении лечения и диспансерном наблюдении.

ХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ, ЭРИТРОЦИТАРНОЕ РАВНОВЕСИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В УСЛОВИЯХ ГИПОТИРЕОЗА, ИОНИЗИРУЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ И ОБЛУЧЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Студ. IУ к. М.Г. Гурвич и У к. М.Я.Рубинштейн,
Минский медицинский институт, кафедра биохимии, зав.кафедрой проф. М.Ф. Мережинский.

Научный руководитель асп. М.А. Кильчевская

Функциональная активность щитовидной железы оказывает большое влияние на уровень холестерина крови; с другой стороны, изменение концентрации холестерина влияет на функцию щитовидной железы.

Поскольку ионизирующее излучение изменяет секреторную активность щитовидной железы, мы поставили цель проследить изменение концентрации общего холестерина, соотношение его фракций: свободной и эфиров в сыворотке крови при экспериментальном гипотиреозе, облучении, а также установить, как влияет облучение рентгеновыми лучами на концентрацию холестерина у гипотиреоидных животных.

Учитывая тот факт, что гормоны щитовидной железы оказывают значительное влияние на пролиферацию кроветворной ткани, а холестерин крови стабилизирует эритроциты, нами было произведено одновременное определение концентрации гемоглобина и содержания количества эритроцитов. Опыты проводились на белых крысах-самцах весом 170-200 гр. в начале опыта. Гипотиреоз (23 животных) вызывался ежедневным введением мерказолила в течение 3-х недель. Облучение (2I опыт) производилось общей дозой 600 рентген, а 16 животных облучались на фоне гипотиреоза. Контролем служила группа животных в количестве 23-х.

Из данных опытов, обработанных методом вариационной статистики следует:

1. При гипотиреозе происходит значительное увеличение концентрации общего холестерина в сыворотке крови за счет его свободной фракции, что влечет понижение коэффициента эстерификации от 0,52 в контроле до 0,45.

2. Облучение гипотиреоидных животных существенно не меняет концентрации холестерина в сыворотке крови, наблюдаемое при гипотиреозе, но еще более повышает содержание фракции свободного холестерина, что соответственно снижает коэффициент эстерификации до 0,32.

3. Облучение здоровых животных не изменяет концентраций холестерина в сыворотке крови и соотношения его фракций.

4. Анемия при гипотиреозе выражается в статистически достоверном снижении концентрации гемоглобина и уменьшении количества эритроцитов.

5. Облучение гипотиреоидных животных вызывает повышение концентрации гемоглобина по сравнению с гипотиреозом ($t=5,8$) но понижает содержание количества эритроцитов.

ИЗУЧЕНИЕ УСЛОВИЙ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОДОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ СЕРДЦА

Студ. П. к. А. Гутаускас, Ш. к. А. Василяускайте и У. Казанавичуте.

Каунасский медицинский институт, кафедра общей химии, зав. кафедрой доц. Ю. Арнастаускас.

Научный руководитель доц. Ю. Бредикис и ст. преп. М. Падольскис

Электрохимические процессы электрической стимуляции сердца — мало изученная область. Применяемые в практике электроды из нержавеющей стали, выпускаемой промышленностью для этих целей, скоро корродируют и не соответствуют предъявляемым к ним требованиям. При конструировании электростимуляторов не обращают внимания на электрохимические процессы, происходящие в электродах.

В работе изучался ход гальванической коррозии электродов, изготовленных из сплава металлов, в физиологическом растворе и в сыворотке крови.

I. Из всех изученных электродов наиболее устойчивым является электрод производства фирмы Card lock cardial elekt-

rode) в США.

2. При повышении частоты переменного тока гальваническая коррозия ослабевает.

3. Частота электроимпульса должна быть не менее 5000 Нг

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ИНГИБИТОРОВ НА РАЗЛОЖЕНИЕ ПЕРЕКИСЕЙ

Студ. IY к. Т. Дадыко

Минский медицинский институт, кафедра органической и физколлоидной химии. Зав. кафедрой доц. Н.М. Маленок.

Научный руководитель доц. Е.Н. Новикова

1. В последние годы с ингибирующим действием противooksидителей свободно-радикальных реакций автоокисления связывают ряд процессов, протекающих в живом организме: подавление неопластического роста, подавление гликолиза в раковых клетках (Н.М. ЭМАНУЭЛЬ и др.). Отмечается, что большое число антиоксидителей защищает от токсического действия кислорода под давлением, от ионизирующих излучений (Лабария, Друэ и др.).

2. Известно, что в протекающих свободно-радикальных реакциях окисления возникают молекулы гидроперекисей $ROOH$, которые могут распадаться на радикалы $RO\cdot$; $ROO\cdot$; $OH\cdot$, ведущие дальнейшую цепную реакцию окисления. Поскольку живые организмы используют атмосферный кислород, то естественно, что в процессе окислительных реакций в организме могут образовываться перекиси и в частности перекись водорода (А.Н. Бах).

3. Антиоксиданты цепных реакций в зависимости от их химической природы могут взаимодействовать либо с перекисными радикалами, либо с катализаторами, вызывающими распад перекисей. В этой связи представляло интерес изучить антиоксидантные свойства некоторых фармакологических соединений по отношению к свободно-радикальной реакции и разложения H_2O_2 в присутствии катализаторов.

4. Нами было изучено ингибированное разложение 1% раствора H_2O_2 в присутствии катализаторов $Co(OH)_3$ и $FeSO_4$ в темноте, при комнатной температуре. И в тех же условиях, но без катализаторов, ингибированное разложение гидроперекиси ацетила.

5. Полученные данные показали, что исследуемые нами соединения замедляют каталитическое разложение H_2O_2 и разложение гидроперекиси ацетила.

По убывающей способности замедлять разложение H_2O_2 в присутствии $Co(OH)_3$ эти соединения располагаются в следующем порядке:

БАС > 5НТР > 5НТ > ИНДОЛ-І > ИНДОЛ- 4 > ИНДОЛ-ІО;
Пропилгаллат > пирокатехин > бутилгаллат > 4-фенилэтилпирокатехин.

При гомогенном катализе $FeSO_4$ те же соединения по убывающей степени замедляющего действия располагаются в следующие ряды:

БАС > ИНДОЛ-І > 5НТ > 5НТР > ИНДОЛ-4 > ИНДОЛ-ІО;
Пропилгаллат > бутилгаллат > пирокатехин > 4-фенилэтилпирокатехин; ТВЕ-83 основание > ТВЕ-85 хлоргидрат > аминазин > ТВЕ -83 хлоргидрат > ТВЕ-84 основание, ТВЕ-84 хлоргидрат.

Разложение гидроперекиси ацетила замедляют: пропилгаллат > 5НТР > 5НТ и др.

Во всех опытах было определено значение РН: при гетерогенном катализе - 3,4 -3,6; при гомогенном -2,8, а для гидроперекиси ацетила-3.

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ ПРОЯВЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИГЛЮКИНА

Студ. Л.Н.Дворянинович, С.Н.Карпуть, Б.П.Комарова,
Ф.С.Ларин, Н.С. Непочелович.

Гродненский медицинский институт, кафедра биохимии.

Зав.кафедрой доц. Ю.М.Островский.

Научные руководители доц. Д.А.Маслаков и доц.Ю.М.Островский

Высокая биологическая активность полиглюкина (отечественный кровезаменитель типа декстрана) до настоящего времени не находит полного и удовлетворительного объяснения. Более ранние представления о том, что этот полисахарид инертен в обменном отношении, не согласуются с многочисленными данными успешного применения полиглюкина в клиниках для лечебных целей при самых разнообразных патологических состояниях (Фром, Лагутина, Липау, 1961; Багдасаров, Шитикова, Полушина, 1962; Гольдман, 1962; Маслаков, 1963). Имеются уже и немногочисленные пока данные о том, что введение лечебных доз полиглюкина больным изменяет у них некоторые показатели крови, характеризующие состояние белкового, липидного и других обменов (Мостиг и др., 1962; Петров и Филатов, 1963).

Нами изучалось влияние введения однократной терапевтической дозы полиглюкина на отдельные биохимические показатели в эксперименте. Белым крысам внутривенно вводился стандартный раствор полиглюкина из расчета 0,5 мг на 100 гр. веса. Контрольные животные получали таким же путем равный объем физиологического раствора. Через 24 часа опытные и контрольные животные убивались декапитацией и в плазме крови и гомогенатах печени исследовалось количество аминных и сульфгидрильных групп, общих липидов, активность глутамино-аспарагиновой трансаминазы и холинэстеразы.

Полученные данные указывают на активное влияние полиглюкина на большинство изученных показателей, при этом, в ряде случаев, отчетливые отклонения от нормы наблюдались в плаз-

ме крови и отсутствовали в печени или наоборот. Так, после введения полиглуктина уменьшилось количество аминного азота в белках плазмы ($t = 2,50$) и печени ($t = 2,01$). В последнем случае та же закономерность выявлена и в отношении сульфид-рильных групп ($t = 4,20$). По-видимому, известная способность полиглуктина к комплексообразованию с белками реализуется именно через эти реактивные группы в белковых молекул. Активность трансаминазы в плазме крови опытных животных повышена ($t = 2,80$) по сравнению с контролем, но не изменяется в печени. Некоторая тенденция к повышению содержания общих липидов отмечена лишь для плазмы крови. Активность холинэстеразы оставалась без изменений.

Таким образом полиглуктин, введенный в организм в обычной лечебной дозе, вызывает отчетливые сдвиги в отдельных обменах, чем можно, по-видимому, попытаться объяснить и некоторые положительные лечебные стороны его действия.

ОБМЕН МЕДИАТОРОВ ПРИ ОСТРОМ АВИТАМИНОЗЕ В₁, ВЫЗВАННОМ ОКСИТИАМИНОМ

Студ. Л. Н. Дворянинович, К. Мандрик, А. Г. Мойсеенко
Гродненский медицинский институт, кафедра биохимии.
Зав. кафедрой доц. Ю. М. Островский.
Научный руководитель асс. А. И. Балаклеевский

Многие исследователи склонны объяснять известную "нейротропность" тиамина его участием и влиянием на медиаторный обмен в нервной системе и в других важных системах, органах и тканях организма.

Нами изучено влияние острого В₁-авитаминоза на состояние холинэргической системы (содержание ацетилхолина, активность холинацетилазы и холинэстеразы) и на уровень адреналиноподобных веществ в различных органах у голубей.

Острый В₁-авитаминоз с проявлением типичных симптомов вызывался в течение I суток у голубей при инъекции им массивной дозы антивитамина-окситиамина. Быстрое развитие сос-

тояния B_{12} -авитаминоза исключало изменения в содержании белков в исследуемых тканях и органах, что создало наиболее адекватные условия для объективного сравнения активности ферментных систем в тканях подопытных и контрольных животных.

При остром B_{12} -авитаминозе у голубей синтез ацетилхолина (активность холинацетилазы) проявляет четкую тенденцию к уменьшению ($0,1 > p > 0,05$) в мозге и не меняется в сердце; активность холинэстеразы не изменяется в мозге, сердце, скелетных мышцах, почках и печени; не найдено также существенной разницы в содержании ацетилхолина в мозге и сердце. Обнаружено значительное уменьшение количества адреналиноподобных веществ в надпочечниках ($p = 0,02$), без существенных сдвигов в содержании этих веществ в крови, сердце, мозге и селезенке.

Полученные данные говорят об участии тиамина в регуляции обмена ацетилхолина в нервной системе и содержания адреналиноподобных веществ в организме.

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Студ.У к. В.А. Демирчян
Ереванский медицинский институт, кафедра детских болезней.
Зав.кафедрой Т.О.Габриелян

1. Определение венозного давления у детей имеет немалое значение для выявления состояния сердечно-сосудистой системы организма.

2. При помощи величины венозного давления можно составить представление о крови в правом сердце, о наполнении венозной и капиллярной систем.

3. Наши исследования проводились методом Вальдмана у детей, страдающих ревмокардитом компенсированной и декомпенсированной форм.

4. У детей, больных сердечной формой ревматизма в стадии компенсации, величина венозного давления соответствовала норме.

5. У детей, больных формой ревматизма в стадии декомпенсации, венозное давление бывает выше нормы.

6. Большое практическое значение имеет увеличение венозного давления в диагностике ревматического перикардита.

АЛЛОПЛАСТИКА АРТЕРИЙ В ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Студ. УІ к. Г. Дирсе и студ. У к. К. Катилас
Вильнюсский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии, зав. кафедрой доктор мед. наук. проф. П. Норкунас.
Научный руководитель канд. мед. наук. А. Дирсе

Эксперименты проводились на 10 собаках. У 4 собак протезирована общая подвздошная артерия, у 6 — общая сонная артерия. С целью инфицировать рану артерии обнажались в нестандартной обстановке. Для протезирования применялись лавсановые гофрированные протезы производства каунасской фабрики "Каспинас".

Собаки распределялись на две группы: первая — после операции производилось лечение антибиотиками (3 собаки), вторая — антибиотики не вводились (7 собак). В первой группе все протезы проходимы. Из второй группы у 3 собак нагноение раны явилось причиной смерти. У двух из них распустился шов в проксимальном отделе соединения протеза с артерией, одна погибла от инъекции, у 4 собак нагноение скоро прошло, у двоих из них наблюдался тромбоз.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВОДЕ У ДЕТЕЙ

Студ. IУ к.М.Довнарвич, У к.Э.Фриш, У I н.Э.Янсон.
Рижский медицинский институт, кафедра оперативной хирургии.
Зав. кафедрой проф. А.П. Биезинь

1. Современные достижения анестезиологии и борьбы с шоком раскрыли новые возможности для оперативных вмешательств на пищеводе у детей. В первую очередь это относится к лечению атрезии пищевода у новорожденных. Весьма важно поставить правильный диагноз в первые часы и дни жизни. Уже при первом кормлении появляются характерные признаки, которые уточняются рентгенологически введением мягкого резинового катетера. Только в отдельных случаях показано использование контрастного вещества (иодлипола), которое после выяснения диагноза опять отсасывается. Операция производится после соответствующей подготовки под интубационным наркозом. Сшивание концов пищевода технически трудно, представляет собой весьма деликатный акт. В современных условиях техническое выполнение операций у всех 16 детей было удачное. Однако, из них выжил только один ребенок. Непосредственной причиной такой высокой летальности явилась имевшаяся при поступлении крайне тяжелая двухсторонняя пневмония.

Отсюда следует практически важный вывод о необходимости раннего распознавания атрезии пищевода сразу после рождения и раннего направления на операцию, пока не развилась опасная аспирационная пневмония.

2. У детей старшего возраста современная анестезиология позволила изменить выбор метода пластики искусственного пищевода при его рубцовых сужениях. Прежде предпочтение отдавалось антоторакальной пластике с использованием петли тонкого кишечника (у 30 детей и подростков, А.П. Биезинь). В настоящее время пластика пищевода производится внутригрудным путем. Самым удобным способом является заградниная пред-

фасциальная пластика пищевода толстым кишечником, в случае надобности с продольной стернотомией (А.П.Биезинь, Я.В.Волколаков). Загрудинная пластика пищевода произведена у 6 детей. Чресплевральные пластики пищевода произведены у 3 детей с хорошими непосредственными и отдаленными результатами, прослеженными в течение 1-3 лет.

О ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОННО-ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ МАШИНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С БОЛЯМИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Студ.У к. А.И.Дойлидо, М.Г.Фишман, IU к.Г.Ф.Елисеевкова,
В.П.Першеева.

Минский медицинский институт, кафедра факультетской терапии,
зав.кафедрой доц. Г.И. Сидоренко.

Научные руководители канд.мед.наук С.И.Меламад, доц.Г.И.Сидоренко.

1. В последнее время в медицинской практике в СССР и за рубежом начинают применяться электронные вычислительные устройства. С их помощью производятся попытки дифференциальной диагностики при таких заболеваниях, как пороки сердца, анемии, неврологические болезни и т.д.

2. Перед нами стояла задача применить электронную вычислительную машину для быстрой дифференциальной диагностики при заболеваниях с болевым синдромом в области сердца.

3. С этой целью была разработана симптоматика сорока двух различных заболеваний, сопровождающихся болями в области сердца и за грудиной.

4. Выделенные нами 301 симптом оценены по степени их достоверности, учитывая их вес относительно каждого диагноза.

5. Полученные данные позволили создать дифференциально-диагностическую таблицу (т.н. матрицу), содержащую 12 642 соотношения симптом/диагноз. Эта матрица оказалась пригод-

ной для программирования электронной вычислительной машины "Урал-2".

6. В результате проведенных исследований было установлено, что из десяти случаев в восьми диагноз полностью совпал. В одном случае машиной было указано несколько вероятных диагнозов из-за того, что не были введены все данные из истории болезни, а во втором - из-за дефекта программирования.

7. В будущем мы будем кодировать данные историй болезни больных, находящихся на излечении в стационаре, и больных, обслуживаемых специальными бригадами по борьбе с тромбоэмболическими заболеваниями.

8. ЭВМ (электронная вычислительная машина) не может и никогда не сможет заменить врача, его клинического мышления. Она может лишь значительно облегчить его работу, сделав диагностику быстрой, точной и объективной.

К АНАТОМИИ ВОРОТНОЙ СИСТЕМЫ КРОЛИКА

Студ. УИ к. Г.Н. Дружко.

Львовский медицинский институт, кафедра нормальной анатомии. Зав. кафедрой и научный руководитель проф. А.П. Любомудров.

Работа посвящена изучению системы воротной вены у кролика. Результаты исследований данной системы получены при изучении ее на 12 взрослых кроликах. Эти данные дополняют и уточняют существующие литературные сведения (Краузе, Паркер, Бобринский, Жеденов, Зуеман и др.) и являются необходимыми при проведении дальнейшей экспериментальной части нашей работы на данном лабораторном животном.

Методика заключалась в предварительном промывании у наркотизованного кролика кровеносной системы теплым физиологическим раствором с последующей инъекцией через одну из кишечных вен портальной системы рентгенконтрастной массой

(свинцовые белила, скипидар и эфир). Затем производились венорентгенография и препарирование.

Результаты наших исследований:

1. Ствол воротной вены кролика образован слиянием кра-ниальной брыжеечной и желудочно-селезеночной вен. Непосред-ственно в ствол воротной вены вливается желудочно-двенадца-типерстная вена, которая образуется из слияния краниальной поджелудочно-двенадцатиперстной и правой желудочно-сальни-ковой вен.
2. Краниальная поджелудочно-двенадцатиперстная вена анас-томозирует с каудальной поджелудочно-двенадцатиперстной ве-ной, которая самостоятельно впадает в краниальную брыжееч-ную вену.
3. Ствол краниальной брыжеечной вены образуется слиянием 10-12 прямых кишечных вен, собирающих кровь от тонкого и на-чальной части толстого кишечника. Посредством подвздошно-слепоободочной ветви она анастомозирует с каудальной брыже-ечной веной.
4. Желудочно-селезеночная вена образована слиянием 3-5 собственных вен селезенки, левой желудочно-сальниковой вены и 4-6 вен дна желудка. Вблизи впадения в воротную вену она принимает коронарную желудочную вену.
5. При наличии многочисленных венозных соустьев между же-лудочно-сальниковыми венами (левой и правой), коронарной желудочной и пилорической венами, образуется сеть внутри - системных анастомозов.
6. В краниальную брыжеечную вену впадает каудальная брыжеечная вена, принимающая 12-15 коротких прямых вен от значительной части толстого кишечника.
7. Посредством гепатофугальных и гепатопетальных анасто-мозов бассейн воротной вены кролика имеет связь с системой полых вен и веществом печени.

8. Между отдельными компонентами воротной вены кролика наиболее развиты анастомозы: а) между коронарной желудочной и пилорической венами; б) между правой и левой сальниковыми венами; в) между краниальной и каудальной поджелудочно-двенадцатиперстными венами; г) между краниальной и каудальной брыжеечными венами.

ФАЗЫ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Студ. У к. Т.А.Дубовик

Минский медицинский институт, кафедра факультетской терапии
Зав.кафедрой доц. Г.И. Сидоренко.

Научный руководитель канд.мед.наук С.И. Меламед.

1. Перед нами стояла задача изучить длительность фаз сердечного цикла у больных ревматическими митральными пороками сердца. С этой целью измеряли интервалы Q-I тон, I-II тон, QT (как показатель электрической системы), вычисляли отношение механической систолы к электрической, учитывая ритм сердечных сокращений. Кроме того, обращали внимание на амплитуду и частоту колебаний на фонокардиограмме, что позволило судить об интенсивности тонов.

2. Нами изучены электрокардиограммы и фонограммы у 41 больного с ревматическими пороками сердца. Проводилась одновременная запись ЭКГ и ФКГ на двухканальном чернильно-пишущем аппарате "Галилео".

3. У 14 больных (2 муж. и 12 жен.) клинически выявлена недостаточность митрального клапана. На ФКГ у них зарегистрирован систолический шум, который представлен в большинстве случаев сплошной группой колебаний разной частоты и силы, убывающего характера. Интервал Q-I тон у 11 больных не удлинен (0,03"-0,05"), у 3 - интервал Q-I тон был удлинен до 0,06"-0,07". Интервал I-II тон у 4 больных из 14 удлинен, у 3 из них был активный ревматический процесс, у 8 больных

из данной группы механическая систола короче электрической. Амплитуда I тона на ФКГ была снижена, что, вероятно, обусловлено изменениями створок митрального клапана и пониженной сократительной силой миокарда.

4. У 5 из 6 больных с комбинированным митральным пороком сердца с явным преобладанием стеноза левого венозного отверстия отмечалось значительное увеличение амплитуды I тона. Интервал Q - I тон был удлинен. Механическая систола была короче электрической, и отношение механической к электрической систоле меньше единицы.

5. Группа больных с комбинированным митральным пороком сердца составляла 2I человек. У 9 из них на ФКГ зарегистрировано удлинение Q-I тона (0,06"-0,08"), интервал I-II тон у 6 из них был укорочен, и механическая систола короче электрической. У 3 больных был удлинен Q-I тон.

6. Изучение фаз сердечной деятельности при сопоставлении данных на ФКГ и ЭКГ у больных с пороками сердца дает возможность уточнить диагноз, выявить в неясных случаях наличие митрального стеноза, что имеет не только теоретическое, но и практическое значение при решении вопроса о хирургическом вмешательстве.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АРИЛИДЕН-БАРБИТУРАТОВ НА КОРОНАРНЫЕ СОСУДЫ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КОШКИ

Студ. IУ к. Н. Дулько

Гродненский медицинский институт, кафедра фармакологии.

Зав.кафедрой доц. В.М.Кораблев.

Научный руководитель доц. П.И. Лукиенко

В настоящее время уделяется большое внимание изучению коронарорасширяющих средств. Несмотря на значительные успехи фармакологии в этой области /В.В.Закусов, Н.В.Каверина (1956), З.Т.Самойлова (1958), Ионгебреур (. Iongebreur) (1952) и др. /, проблема лечения коронарной недостаточности

не разрешена, и поиски новых активных спазмолитических средств остаются актуальной задачей.

Учитывая, что некоторые барбитураты (фенobarбитал, барбитал) применяются в медицине в качестве спазмолитических средств при стенокардии /Л.А.Мясников (1957), Брандшведер (Brandschweder) (1960) и др.

Было изучено влияние на коронарное кровообращение ряда новых барбитуратов, синтезированных в лаборатории общей химии Гродненского мединститута под руководством доц. В.М. Введенского.

В данном сообщении приводим результаты исследования влияния 5-бензилиден-, 5-параоксибензилиден-, 5-парахлорсалицилиден-барбитуратов и 5-салицилиден-бисбарбитурата на коронарные сосуды изолированных сердец кошек.

Изоляция сердца проводилась по Лангендорфу. Для исключения влияния сокращений сердца на отток перфузируемого раствора опыты проводили на сердцах, остановленных путем прекращения оксигенизации питающей жидкости. Об изменении просвета сосудов судили по количеству оттекающей жидкости за 1 минуту. Препараты применяли в разведении 1:5 000. Всего поставлено 24 опыта на 6 сердцах. Результаты опытов подвергали статистической обработке /М.Л.Беленький, 1959/. Вычисляли среднюю арифметическую \bar{X} , среднее квадратическое отклонение s , стандартную ошибку средней арифметической $s_{\bar{X}}$. Достоверность различий определяли при помощи теста t , разницу принимали за достоверную при $P < 0,05$.

В результате исследования установлено:

1. 5-бензилиден -и параоксибензилиден-барбитураты в концентрации 1:5000 не оказывают непосредственного влияния на коронарные сосуды изолированного сердца.
2. 5-парахлорсалицилиден-барбитурат в той же концентрации увеличивает просвет сосудов на 68%, а 5-салицилиден-бисбарбитурат - на 89,5% / $P = 0,05$ /.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГИПОФИЗ-КОРА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Студ. УІ к. В.П. Дядичкин

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав.кафедрой доктор мед.наук, проф.С.М.Луценко

Определенное место в изучении реактивности организма занимает выяснение участия эндокринной системы как одного из звеньев ее нейрогуморального механизма. Главным этапом на этом пути являются поиски адекватных показателей, отражающих состояние эндокринной системы в момент действия физиологического или патологического раздражителя.

Наиболее доступные показатели могут быть выявлены в системе крови, тонко реагирующей на изменения в эндокринной системе. Так, целый ряд исследователей (С.М.Бакман, К.П.Зак, С.И.Ярош, Торн, Ашкенази, Дельбар и Лоу, Г.Селье, Б.Фишер и Е.Фишер) отмечают, что под влиянием АКТГ и гормонов коры надпочечников в периферической крови изменяется уровень эозинофилов.

Исходя из этих данных, нами поставлена задача изучить эозинофильную реакцию) как показатель состояния эндокринной системы) при остром аппендиците.

Всего обследовано 66 больных. Из них острый катаральный аппендицит отмечался у 28 больных, флегмонозный - в 28 наблюдениях, септический гангренозный - у 5 человек, у 5 больных - хронический аппендицит. Исследования проводились до операции, а также через 1-3-5-7 или 2-4-6-8 суток после операции.

Кровь бралась обычным лейкоцитарным меланжером, с последующим разбавлением краской Хинклемана, способной окрашивать в темно-красный цвет только эозинофилы.

В результате исследований установлено, что до операции у І7 больных с острым катаральным аппендицитом содержание эозинофилов было ниже 50 в Imm^3 , у ІІ больных - выше 50 в Imm^3 ; в 20 наблюдениях при остром флегмонозном аппендиците содер-

жение эозинофилов было ниже 50 в 1 мм^3 , выше 50 в 1 мм^3 — у 8 больных. У всех больных с острым гангренозным аппендицитом отмечалось содержание эозинофилов ниже 50 в 1 мм^3 . А при хроническом аппендиците у всех больных содержание эозинофилов было выше 90 в 1 мм^3 .

У 44 больных с острым аппендицитом содержание лейкоцитов превышало 8000 клеток в 1 мм^3 , и у такого же количества больных содержание эозинофилов было ниже 50 в 1 мм^3 .

В течение 1–2 суток после операции содержание эозинофилов держалось на низком уровне. На 3–4 сутки у всех больных с хроническим аппендицитом содержание эозинофилов в периферической крови стало выше 100 в 1 мм^3 , с острым катаральным и флегмонозным аппендицитом количество эозинофилов не превышало 100 в 1 мм^3 только у 4 больных, у одного больного с острым гангренозным аппендицитом содержание эозинофилов оказалось ниже 100 в 1 мм^3 .

Наряду с клиническими проведены и экспериментальные исследования на 6 кошках, которым производилась перевязка червеобразного отростка вместе с орыжейкой. До операции, а затем после операции спустя 15 минут — 3 часа и на 2–3–4–5–6–8–10–12–14 сутки определялось количество эозинофилов и количество лейкоцитов в 1 мм^3 . Сразу же после гибели животных извлекались надпочечники, проводились гистохимические исследования кетостероидов по методу Ашоель и Зелигман и делались гистологические срезы.

3 кошки погибли на 11–14 сутки от перитонита, 3 кошки забиты на 14–15 сутки.

В результате экспериментальных исследований предварительно установлено, что у кошек, погибших от перитонита, кора надпочечников после операции и до самой гибели животных работала в повышенном секреторном ритме. Кора надпочечников кошек, у которых воспалительный процесс окончился окутыванием сальника или образованием свища, нормализовала свою секреторную деятельность на 5–7 сутки после операции.

В ы в о д ы:

1. Степень снижения эозинофилов при остром аппендиците зависит от тяжести деструктивных процессов.

2. В первые двое суток после операции эозинопения остается стабильной, но на 3-4 сутки происходит нормализация эозинофильной реакции.

3. На основании эозинофильной реакции можно предположить, что при остром аппендиците происходит активация системы гипофиз-кора надпочечников, которая нормализуется на 3-4 сутки после операции и находится в зависимости от формы аппендицита.

4. Степень снижения эозинофилов, а также их возвращение к норме является дополнительным прогностическим показателем течения острого аппендицита в острой и выздоравливающей фазах.

ОБ УСИЛЕНИИ НОВОКАИНОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЧЕЛИНЫМ ЯДОМ

Студ. УІ к. М.А. Евец.

Гродненский медицинский институт, кафедра фармакологии.

Зав. кафедрой доц. М.В. Кораблев.

Научный руководитель доц. М.В.Кораблев.

Яд пчелы нашел широкое применение для лечения больных различными заболеваниями (Х.Е.Ерусалимчик, 1939; И.Ф.Кононенко, 1955; В.Ф.Войтик, 1958; С.В.Истомина и Т.В.Коневцева, 1959; Э.М.Алескер, 1959). Механизм лечебного действия яда до сих пор не изучен.

В экспериментах на животных установлено, что яд блокирует передачу нервных импульсов с блуждающего нерва на сердце (Н.М.Артемов и О.Ф.Соловьева, 1939; А.В.Мирон, 1963), нарушает проведение импульсов в ганглиях вегетативной нервной системы (Н.М.Артемов с соавт., 1961, Нейман и Геберман, 1954), удлиняет снотворное действие барбитуратов, хлоралгидрата и уретана, препятствует развитию гиперкинезов, вызван-

ных никотином и стрихнином, обладает выраженным местнообезболивающим действием (А.В.Мирон, 1963; А.В.Мирон и М.В.Корблев, 1963).

Учитывая местнообезболивающую активность яда, представляло интерес выяснить совместное действие его с известными анестезирующими средствами (новокаин, дикаин, тримекаин, кеикаин).

В работе на 25 морских свинок (вес 310-570 гр.) обоего пола изучали комбинированное действие яда с новокаином при инфильтрационной анестезии. Изучению подвергался кристаллический пчелиный яд - аписартрон. Яд исследовался в разведении 1:20 000; новокаин 1:500 и 1:1000. При изучении комбинированного действия - яд разводился в растворе новокаина. Смесь яда с новокаином вводилась морским свинкам внутривенно, в объеме равном 0,2 мл. При оценке обезболивающей активности применялся импульсный ток (продолжительность импульсов 0,5 м/сек от электроимпульсатора ЭИ-1. В качестве тест-объекта использовалось сокращение мускулатуры кожи, при раздражении ее током на месте введения смеси. Перед исследованием комбинируемой смеси была изучена обезболивающая активность новокаина и пчелиного яда. Эти данные в дальнейшем служили контролем. Каждая концентрация исследуемых препаратов изучалась на 5 морских свинок. Цифровой материал подвергался статистической обработке (М.Л.Беленький, 1959).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что пчелиный яд весьма значительно усиливает и удлиняет обезболивающее действие новокаина.

Следует проявлять осторожность в назначении новокаина, при отравлениях пчелиным ядом.

К ВОПРОСУ О РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРОЛИКА ПРИ ТИОПЕНТАЛОВОМ НАРКОЗЕ

Студ. IУ к. В.В. Евстигнеев

Минский медицинский институт, кафедра нервных болезней.

Зав.кафедрой проф. Н.С. Мисюк.

Научный руководитель А.С.Олехнович

1. Задача настоящей работы - освоение методики стереотаксического введения микроэлектродов в различные структуры головного мозга кролика и изучение с их помощью влияния тиопенталового наркоза на электрическую активность этих структур.

2. Работа производилась на 10 кроликах. Применялись электроды из нихромовой проволоки, изолированной бакелитовым лаком. Электроды вводились при помощи стереотаксического аппарата СТМ-I. Расположение образований, куда вводились электроды, рассчитывалось по стереотаксическому атласу кролика (Сойер, Эверетт, Грин, 1954). Регистрация биопотенциалов производилась восьмиканальным чернильно-пишущим электроэнцефалографом фирмы "Кайзер", одновременно регистрировались пневмограмма и кардиограмма.

3. Поверхностный наркоз. Через 20-30 секунд после внутривенного введения тиопентала с коры и подкорковых образований регистрировались пароксизмы высокоамплитудных волн, в дальнейшем преобладала медленная активность. Дыхание урежалось, число сердечных сокращений незначительно уменьшалось. Через 15-20 минут снова появляются пароксизмы и электроэнцефалограмма становится фоновой.

4. Глубокий наркоз. В случае введения достаточно больших доз тиопентала также наблюдаются пароксизмы, в дальнейшем медленная активность и полное отсутствие активности (при установленной чувствительности аппарата). Число сердечных сокращений во время наркоза уменьшалось, дыхание было настолько поверхностным и редким, что почти не поддавалось наблюдению. При выходе из наркоза снова появляются медленные

колебания, затем пароксизмы и к 20-40 минуте электроэнцефалограмма возвращается к исходной (фоновой).

О НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ

Студ. УІ к. К.Жиманчус и студ.У к. Г.А.Канапонис
Каунасский медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, зав. кафедрой доц. Д.С. Клебанов.
Научный руководитель - канд.мед.наук Смайлис

Как литературные, так и клинические данные последнего времени показывают, что после внутривенного переливания больших доз цитратной крови может иметь место остановка сердца. В этиологии внезапной остановки сердца после переливания больших доз цитратной крови играют роль ионы калия, освобождающиеся из эритроцитов в течение консервации.

В связи с этим мы провели биохимические исследования: в консервированной цитратной крови нами изучались в течение 30 дней от начала консервации концентрация K^+ , хлоридов сахара, белковые фракции в сыворотке крови.

Нами получены следующие данные:

Концентрация калия нарастала прямопропорционально времени консервации (в норме 17-21 мг %).

По истечении 5 суток увеличивалась 2 раза м.с. 40 мг%

—"	10	"	"	3,5	—"	70 мг%
----	----	---	---	-----	----	--------

—"	15	"	"	5 раз	м.с. 100 мг%
----	----	---	---	-------	--------------

По нашим данным повышение K^+ в плазме уже наблюдалось на вторые сутки хранения крови и в дальнейшем нарастало.

В концентрации хлоридов наблюдались резкие колебания.

Концентрация сахара постепенно снижалась.

В белковых фракциях существенных изменений не наблюдалось.

В ы в о д ы:

На основании полученных данных мы можем полагать, что переливание больших доз цитратной крови спустя 7-14 дней после ее консервации может вызвать расстройство сердечной деятельности вплоть до остановки сердца.

О НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВА- НИЯХ ЖЕЛУДКА

Студ. УІ к. Р. М. Зубрицкая и Л. Я. Осипова

Гродненский медицинский институт, кафедра госпитальной те-
рапии. Зав. кафедрой и научный руководитель доц. С. С. Пинкус

Новообразования желудка занимают первое место, более 30% среди всех злокачественных опухолей человека.

При этой локализации опухоли огромное значение приобретает раннее распознавание заболевания, поскольку оно предопределяет не только успех лечения, но может сохранить жизнь больных.

Однако уровень диагностики вообще (в условиях поликлиники диагностика рака желудка равна лишь 20%), и ранней, в частности, весьма низкий.

Среди клинических методов, способствующих выявлению злокачественных опухолей желудка, важное значение приобретает исследование крови, так как при этой локализации новообразования имеются патогенетические предпосылки для нарушения гемопоэза.

Отмечают анемию (по И. А. Кассирскому и Г. А. Алексею - характерный симптом), иногда гиперхромного характера, умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенный моноцитоз. Опыт нашей клиники показывает, что даже в далекозашедших случаях анемия отсутствует, что является причиной несвоевременной или поздней диагностики.

Нами изучены истории болезни 210 больных, находившихся под наблюдением Гродненского областного онкологического диспансера, страдавших злокачественными новообразованиями желудка в разных стадиях. Среди них было 111 больных I стадии, 65 - II стадии, 37 - III стадии, 99 - IV стадии. Из них мужчин 140, женщин 70. Возраст больных до 40 лет - 40, от 40

до 60 лет - 150 и свыше 60 лет - 20.

В I стадии анемия нами не констатирована. Во II стадии анемия была установлена из 63 в 38 случаях, в III - из 27 в 18, в IV - из 99 в 65.

Степень анемии может быть охарактеризована следующим образом: 1) Количество эритроцитов в I мм³ крови меньше 2000000 обнаружено в II случаях. 2) Эритроцитов 2000000 - 37 случаев. 3) Эритроцитов 3000000 - 120 случаев.

Гемоглобин менее 30% - в 3 случаях. От 30% до 40% - 12 случаев. От 41 до 50% - 22 случая. От 51 до 60% - 58 случаев. От 61 до 70% - 46 случаев. Анемия в 46% гипохромного характера, в 4% гиперхромного, а в 50% нормохромного характера. Анемия во II и III стадиях чаще встречалась у мужчин в возрасте старше 40 лет и реже у женщин, однако во всех возрастных группах. В IV стадии анемия наблюдалась одинаково как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 40 - 60 лет.

Количество лейкоцитов в 45 случаях было выше 8000 в мм³ крови, а в 165 случаях количество лейкоцитов в пределах нормы.

Изменения со стороны лейкоцитарной формулы могут быть представлены в следующем виде:

I. Сдвиг формулы влево (до 7-13% палочкоядерных нейтрофилов) выявлен во II и III стадиях чаще у мужчин (16 из 63 во II стадии и 9 из 37 в III стадии); в IV стадии - мужчин 2 раза чаще, чем у женщин.

2. За нормальное количество лимфоцитов мы принимали 25-30%. Значительная лимфопения (8-12%) обнаружена нами в 24 случаях во II и IV стадиях заболевания. Умеренная лимфопения (13-18%) в 32 случаях II и III стадиях больных. Слабо выраженная лимфопения 18-20% в 21 случае I и частично III стадиях. Наши данные не согласуются с данными И.А.Кассирского и Г.А. Алексеева, которые указывали на моноцитоз при злокачественных новообразованиях желудка. Нами обнаружен моноцитоз (9-11%) лишь в 5 случаях. У 97 больных всех IV стадий обнаружена монопения (% моноцитов меньше 5), из них в 2 слу-

чаях констатировано полное отсутствие моноцитов. Монопения обнаружена у 4 из II больных I стадии, в 32 из 63 во II стадии, в 19 из 37 в III стадии и в 40 из 99 в IV стадии.

В ы в о д ы:

1. У больных злокачественным новообразованием желудка анемия встречалась в 141 из 210 случаев (60%), в основном анемия нормохромного характера (50% случаев), в 46% гипохромного и в 4% гиперхромного характера.

2. Чаше анемии регистрируются у мужчин и в возрасте старше 40 лет.

3. У 97 больных из 210 обнаружена монопения (46%).

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОТАМИНА НА ФИБРИНОЛИЗ

Студ. У. К. Е...Мачинская
Минский медицинский институт, кафедра общей химии.
Зав.кафедрой доц. В. А. Бандарин.
Научный руководитель асп. Е. П. Иванов.

В настоящее время протамин широко применяется при операциях на сухом сердце, в терапии геморрагических состояний, вызванных повышением количества гепарина в крови, и в акушерской практике как вещество, укорачивающее время свертывания и нейтрализующее гепарин. Однако протамин обладает не только коагулирующим эффектом. Он может вызывать и обратное действие, активируя антисвертывающую систему крови и связывания фибриноген (Аллен, Блёмберг, Генрик и сотр., Годар и др.).

В связи с тем, что при операциях на сухом сердце кровь находится попеременно то в условиях *in vivo*, то *in vitro* и заключительной стадией операции является нейтрализация введенного гепарина протамином, мы в опытах на собаках изучали действие протамина на фибринолиз.

Активность фибринолитической системы изучалась по методу Дороша. Полное расщепление фибринового сгустка по этому методу у собак в двух сериях (по 5 собак в каждой) составило соответственно $195 \text{ мин.} \pm 20,0$ и $209 \text{ мин.} \pm 17,2$.

При добавлении протамина *in vitro* растворение фибринового сгустка замедлялось, начиная уже с дозы протамина $0,2 \text{ мг.}$ на 1 мл. плазмы крови ($p > 0,01$).

В другой серии опытов 5 собакам внутривенно вводился протамин по $2,5 - 3,5 \text{ мг.}$ на 1 кг. веса. Установлено, что на $10-60$ минутах такая доза протамина вызывает заметное ускорение растворения фибриновых сгустков ($P > 0,05$, $P > 0,02$).

Через два часа активность фибринолитической системы приходила к норме.

Введение собакам протамина в дозе $0,5 \text{ мг.}$ на 1 мл. крови вызывает активацию фибринолиза уже на 10 мин. после введения, и уровень этой активности сохраняется до 60 минут . Затем активность фибринолитической системы приходит к норме.

О КЛИНИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОГЕНОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ

Студ. VI к. В. Каламеев, Ю. Киммел, Т. Рехема и Т. Соо.
Тартуский государственный университет, кафедра педиатрии.
Зав. кафедрой и научный руководитель доц. Л. Керес.

В клинической практике показателем функционального состояния дыхательного центра является реакция на дыхание карбогена, так называемая карбогеновая проба.

Определяли концентрацию углекислого газа во вдыхаемом воздухе, при которой возникает заметное углубление дыхания у детей разного возраста.

Карбогеновую пробу применяли у 41 здорового ребенка; из них в возрасте от 7 месяцев до 5 лет были 20 детей и от 5 до 15 лет — 21 .

Выяснилось, что чувствительность на углекислый газ зависит от возраста детей. Заметная реакция углубления дыхания появляется у всех детей от 7 месяцев до 5 лет при вдыхании углекислого газа в концентрации 4,8% и у всех детей старше 5 лет при концентрации углекислого газа 6,8%. При равной концентрации углекислого газа во вдыхаемом воздухе у младших детей время появления углубления дыхания короче, чем у старших детей. Заметная реакция исчезает в течение 15-45 секунд от начала применения углекислого газа.

При применении карбогеновой пробы в педиатрической практике следует применять углекислый газ в концентрации 5% у детей в возрасте от 7 месяцев до 5 лет, и у детей от 5 - 15 лет карбоген, содержащий 7% углекислого газа.

О ВЛИЯНИИ СИЛИКОГЕЛЯ НА ТРЕТЬЮ ФРАКЦИЮ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Студ. УІ к. А.Калвелис

Рижский медицинский институт, кафедра факультетской терапии.
Зав. кафедрой - проф. К.К. Рудзит.

В народной медицине растения, содержащие кремний, известны как средства против различных нарушений свертывания крови. Произведенные на кафедре факультетской терапии наблюдения свидетельствуют, что силикогель влияет на обмен гепарина в организме.

Задачей этой работы являлось выяснить влияние силикогеля на третью фракцию свертывания крови *in vitro* и также *in vivo*. Наблюдения произведены над кровью практически здоровых и больных людей.

Силикогель мы получали из 2,5% раствора кремнекислого натрия путем нейтрализации его соляной кислотой.

Полученные данные показывают, что силикогель вызывает снижение объема третьей фракции свертывания крови *in vitro*. Эти наблюдения совпадают с явлением агломерации эритроцитов, происходящей под влиянием силикогеля, что могло бы задерживать выпадение эритроцитов из сгустка крови.

Введенный в организм силикогель не влияет значительно на объем третьей фракции свертывания крови. Можно предполагать, что силикогель в организме мобилизует гепарин, влияние которого, по результатам студентки Зиле, на объем третьей фракции свертывания крови противоположное направление по сравнению с силикогелем.

САНИТАРНЫЕ УСЛОВИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ЗАВОДА ЖЕЛЕЗОБЕТОННЫХ КОНСТРУКЦИЙ В г. Вильнюс, ЛССР.

Студ. УІ к. Э.Канапорите, И.Ращюте, А.Стейблис и студ.
ІУ к. Д.Мальцюте.

Вильнюсский государственный университет, кафедра гигиены.
Зав. кафедрой и научный руководитель доц.В.Квиклис.

І. В новой промышленности строительных материалов в Литовской ССР особое внимание уделяется заводам железобетонных конструкций. Однако на этих предприятиях условия труда и состояние здоровья рабочих до сих пор мало изучены. Поэтому в течение 1962-1963 годов нами проводилось исследование санитарно-гигиенического состояния и анализ данных состояния здоровья и заболеваемости более 800 рабочих, занятых на Вильнюсском заводе железобетонных конструкций, который построен по типовому проекту в 1960 году.

Цель нашей работы - охарактеризовать санитарное состояние предприятия, охрану труда и технику безопасности, проанализировать общую и профессиональную заболеваемость и предложить мероприятия для снижения этой заболеваемости.

2. Исследования показали, что руководство предприятия заботится об улучшении санитарно-гигиенического состояния завода, охраны и техники безопасности рабочих.

По данным вопросам имеется трудовое соглашение с профессиональным заводским комитетом, которое выполняется удовлетворительно.

Хорошо организована работа на медпункте завода, в частности-произведен профмедосмотр рабочих, часто болеющие взя-

ты на диспансерный учет, проведена дегельминтизация, массовая проверка при помощи флюорографа. Планоно проводятся санитарно-просветительные лекции и т.п.

3. Однако на предприятии, применяя гигиенические и физиологические методы исследования, выявлены отдельные участки и устройства, которые несомненно могут быть вредными для здоровья и уменьшают трудоспособность рабочих. В первую очередь это — увеличение шума в формовочном цехе до 121 дБ, большая запыленность в складе цемента — до 134 мг/м² и в мешальном цехе до 64 мг/м³. В ряде мест имеется недостаточное естественное и искусственное освещение и т.д.

4. Некоторые окружающие условия, не отвечающие санитарно-гигиеническим требованиям, способствовали увеличению заболеваемости рабочих в 1962 году, особенно катаром верхних дыхательных путей и гриппам (215,8 дней на 100 рабочих).

5. Улучшение охраны труда, устройство более мощной вентиляции и налаженная санитарно-просветительная работа вызвали значительное уменьшение заболеваемости и производственного травматизма рабочих, сравнивая данные I-го полугодия 1963 года с I-м полугодием 1962 года.

Несмотря на это, мы изыскивали возможности по уменьшению шума и вибрации, а также считаем нужным установить, как влияют пыль и некоторые химические вещества на здоровье рабочих, как производственная физкультура помогает бороться с усталостью и т.п.

Поэтому данная работа будет проводиться и в течение 1963/64 годов.

ОСЦИЛЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА ВНУТРИАРТЕРИ-
АЛЬНЫМИ ВЛИВАНИЯМИ НОВОКАИНА ПОД ЗАСТОЙНОЙ
ГИПЕРЕМИЕЙ

Студ. УІ к. Б.А.Карев.

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии, зав.кафедрой доктор мед.наук., проф.С.М.Луценко.

1. Осциллография как метод регистрации колебаний артериальной стенки известна с 1878 года, когда Марей при помощи эластического манометра записал эти колебания при внешнем сдавливании артерии и получил кривую, которая является прообразом артериальной осциллограммы.

2. Для определения изменений, наступающих в характере осциллографических кривых при лечении облитерирующего эндартериита, в клинике факультетской хирургии ГГМИ было обследовано 47 больных (44 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 31 до 74 лет. Из них у 35 больных была установлена склеротическая и у 12 больных - тромбангиитическая форма заболевания. По стадиям можно было выделить: I стадия - I больной, II стадия - 3 больных, III стадия - 21 больной, IV стадия - 12 больных, V стадия - 10 больных.

3. Лечение проводилось методом внутриартериального введения 2,5% раствора новокаина в количестве 20 мл с одновременным созданием длительной застойной гиперемии. С этой целью на нижнюю треть бедра накладывалась манжетка Рива-Роччи, пунктировалась бедренная артерия под пупартовой связкой, вводилось 20 мл 2,5% раствора новокаина; к концу введения давление в манжетке поднималось до 100-120 мм ртутного столба. Этим достигалось прекращение оттока крови по венозной сети, не нарушая существенно доступа крови по артериальной системе. Давление в манжетке поддерживалось в течение 20 минут. Первые 10 инъекций производились ежедневно, а последующие - через день. Курс лечения 20-30 инъекций;

если имелись язвы, явления гангрены пальцев с воспалитель-
но-дистрофическим отеком стопы и голени, то одновременно
вводились антибиотики.

4. Исследование производилось аппаратом "Красногвардеец"
по следующей методике: В одной и той же комнате при темпе-
ратуре воздуха 18-22° производилась запись колебаний на со-
судах обеих голени до и после дачи нитроглицерина (24 чел),
а также после пробы с мышечной нагрузкой (23 человека). Ман-
жетка осциллографа накладывалась на среднюю треть голени
(правой и левой) с таким расчетом, чтобы ее верхний край
находился под головкой малоберцовой кости. Проба с мышеч-
ной нагрузкой заключалась в 26 - 28 сгибаниях и разгибани-
ях стопы при положении соответствующей ноги полусогнутой в
коленном и тазобедренном составах. Проба с нитроглицерином:
больному давалась I таблетка нитроглицерина и проводилась
запись (спустя 20-25 минут после приема препарата).

5. Заключение об изменениях, наступивших в результате
лечения больных, давалось на основании:

- а) определения осциллографического индекса;
- б) определения среднего артериального давления в манжетке;
- в) изменений в характере кривой (ритмичность осцилляций,
характер спуска и подъема величины зубцов).

6. В результате проведенных исследований получены сле-
дующие данные: У 35 больных с облитерирующим энarterиитом
в 3-4 стадиях отмечается значительное снижение колебаний в
стенке артерий вплоть до полного их исчезновения и лишь у
8 больных - незначительное; пробы с мышечной нагрузкой и
нитроглицерином не вносят заметных изменений в характер
осциллограмм, особенно при склеротической форме заболева-
ния. После проведенного лечения существенных изменений в
колебании стенки артерии не отмечается (при тромбангиити-
ческой форме имеется даже наклонность к снижению колебаний
артериальной стенки), несмотря на улучшение других показа-
телей (субъективное состояние, биохимические анализы и тер-
мометрия).

О РОЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Студ. IУ к. Р. Каск, Е. Коус и М. Маяс.

Тартуский государственный университет, кафедра факультетской терапии и патологической физиологии. Зав. кафедрой доц. К. Кырге.

Научные руководители: доц. Р. Ю. Лоога и асс. М. М. Куль.

1. Целью данной работы было изучить действие АКТГ на кровяное давление и функциональное состояние надпочечников при экспериментальной почечной гипертонии.

2. Опыты были проведены на I4 белых крысах. Экспериментальную нефрогенную гипертонию вызывали по методу А. К. Кога-на. АКТГ вводили ежедневно внутримышечно — I ед на кг. Раз в неделю определяли функциональное состояние надпочечников посредством теста Торна и кровяное давление в хвостовой артерии плетизмометрическим методом Лоога и Куль.

3. У всех подопытных животных в течение I-2 недели возникла сильная гипертония (повышение кровяного давления на 70-100%. У крыс, получивших АКТГ, кровяное давление к концу 2-3 недели значительно понижалось или нормализовалось. У животных, не получивших АКТГ, гипертония продолжалась.

4. У крыс, не получивших АКТГ, число эозинофильных лейкоцитов в крови было, начиная с конца первой недели, постоянно велико (до 400% и больше к исходному уровню) и тест Торна отрицательный, даже парадоксальный. У животных, получивших АКТГ, число эозинофилов было, наоборот, постоянно ниже исходного уровня и тест Торна положительный.

5. Полученные данные показывают, что при экспериментальной почечной гипертонии: а) ишемия почки вызывает недостаточность надпочечников в выработке гликокортикоидов, которую можно предотвратить постоянным введением АКТГ; б) Введение АКТГ существенно предотвращает возникновение гипертонии; в) Развитие гипертонии находится в явной связи с уровнем выработки гликокортикоидов в организме.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ИНДОЛА НА КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ БЕЛЫХ КРЫС

Студ. IУ к. М.Кевра и Т.Шкиль

Минский медицинский институт, кафедра фармакологии, и.о.зав. кафедрой доц. Н.А. Реут.

Научный руководитель канд.мед.наук Т.Ю. Ильюченко

Совместными исследованиями кафедры фармакологии Минского медицинского института с химиками-синтетиками лаборатории специального органического синтеза (зав.-член-корр.АН СССР проф. А.П. Терентьев) химфака МГУ показано, что производные индола обладают длительным гипотензивным действием (Вестник АМН СССР, № I, 1963). Кровяное давление снижается у здоровых кроликов и собак и при экспериментальной почечной гипертензии.

В данном сообщении представлены результаты исследований, касающихся влияния меацина, оксифемедола, димекарбина и препарата БАС (бензиловый аналог серотонина) на кровяное давление белых крыс. Препараты вводились в желудок в дозе 10 мг/кг на протяжении 16-17 дней. Каждое из веществ исследовалось на 5 крысах. Кровяное давление регистрировалось в хвостовой артерии плетизмографическим методом.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Димекарбин, меацин, оксифемедол и БАС снижают кровяное давление у белых крыс длительностью от 10 до 47 дней.

2. После восстановления кровяного давления у крыс до исходного уровня введение адреналина и норадреналина в дозе 0,5 мг/кг подкожно вызывает гипотензию продолжительностью 9-12 дней. Таким образом в опытах на крысах наблюдается феномен "возвращения действия" индольных соединений после введения указанных адреномиметических веществ другим животным, описанный ранее сотрудниками кафедры фармакологии (Ильюченко Т.Ю., 1960; Реут Н.А., 1961).

3. Гипотензивное действие указанных соединений у крыс выражено значительно слабее, чем у кроликов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Студ. IY к. О. Киршенталс, Б. Рудзите, М. Шмите.
Рижский медицинский институт, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. кафедрой - доц. Э. Калныньш, научный руководитель - асс. П. Сяксте.

1. В данном сообщении подводится некоторый итог работы кружка по электрокардиографическим исследованиям у студентов. В работе принимали участие М. Мартынсоне, И. Станкевича, Б. Валбе, М. Миезе, Д. Пелчере, Б. Марница и мы.

2. Проведены электрокардиографические исследования у 100 практически здоровых студентов РМИ. Электрокардиограммы исследовались до нагрузки и после физической нагрузки.

3. Исследование проводилось на двухканальном чернильно-пишущем аппарате ЭКПСЧ-3 у 85 студентов и на аппарате "Elea - 4" у 15 студентов.

4. По возрасту студенты делились на 3 группы. Из них женщин было 60, а мужчин - 40.

5. Зубец "P" во втором отведении до нагрузки по высоте менялся в пределах от 2,5 мм до плоского, а по времени - от 0,06 "до 0,12" (и после нагрузки у 16 человек уменьшился, у 59 человек не изменился и у 25 человек повысился).

6. Отрезок "PQ" во втором отведении до нагрузки по времени менялся в пределах от 0,08" до 0,2") и после нагрузки у 41 человека уменьшился, у 34 человек не изменился и у 25 человек повысился).

7. Комплекс "QRS" во втором отведении до нагрузки по времени менялся в пределах от 0,03" до 0,10" (после нагрузки - у 24 человек уменьшился, у 42 человек не изменился и у 33 человек повысился).

8. Коэффициент "Szett" до нагрузки менялся у мужчин в пределах от 0,45 до 0,29, а у женщин - от 0,51 до 0,33

(и после нагрузки у 40 человек уменьшился, у 18 человек не изменился и у 42 человек повысился).

В ы в о д ы:

1. Чтобы охарактеризовать норму электрокардиограммы нельзя основываться на коэффициенте " Bazett ".

2. В большинстве случаев после нагрузки величина (по высоте и по времени) зубцов и комплекса qrs и интервала PQ в пределах нормы.

Мы продолжаем свою работу.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВЫ НА ПРОХОДИМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Студ. IУ к. С.Книзелис

Каунасский медицинский институт, кафедра госпитальной и терапевтической хирургии. Зав.кафедрой доц., канд.мед.наук Д.Клебанов. Научный руководитель канд.мед.наук А.Смайлис.

При оказывании первой медицинской помощи в случаях разных терминальных состояний применяется комплексный метод лечения: искусственное дыхание, массаж сердца, и н т р а - а р и а л ь н о е переливание крови и дефибриляция сердца. По данным Сафара ручные способы искусственного дыхания по Сильвестеру, Говарду, Шеферу и др. не обеспечивают минимальную вентиляцию легких, необходимую для поддержки функций организма.

Лучший эффект дает способ искусственного дыхания "рот в рот" или "рот в трубку".

Нами изучалось значение положения головы на проходимость дыхательных путей. Было обследовано 16 взрослых (7 мужч., 9 женщ.) и 5 детей. При максимальной флексии, а также при гиперэкстенсии головы во время вдоха и выдоха производились боковые рентгенограммы и томограммы. Изменение просвета дыхательных путей измерялось в миллиметрах в определенных точках.

В ы в о д ы :

1. Гиперэкстензия головы обеспечивает проходимость верхних дыхательных путей, их расширение - 39,7% для взрослых и 58,9% для детей.

2. При искусственном дыхании следует держать голову в положении гиперэкстензии.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ И ДИФЕНИЛАМИНОВОЙ РЕАКЦИИ

Студ. IУ к. М.М.Конт, А.С.Паас

Варшавский государственный университет, кафедра госпитальной терапии. Зав.кафедрой и.о. доц. Л.Т. Пяй
Научный руководитель и.о. доц. В.А. Саарме

1. У большинства больных в активной фазе ревматизма и ревматоидного артрита показатели дифениламиновой реакции и сиаловой кислоты оказались повышенными.

2. При наличии различных воспалительных процессов у исследуемых больных вышеуказанные показатели оказались повышенными и в инактивной фазе ревматизма и ревматоидного артрита.

3. Отмечалась корреляция между показателями дифениламиновой реакции сиаловой кислоты и α_2 - фракции белков сыворотки крови.

4. У некоторых больных при клинически явной активности процесса отмечались нормальные показатели дифениламиновой реакции, сиаловой кислоты и α_2 - фракции белков сыворотки крови.

5. Определение сиаловой кислоты и дифениламиновой реакции является ценным вспомогательным критерием при оценке активности ревматизма и ревматоидного артрита.

ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОКА ПОДЖЕЛУ- ДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОБАКИ И КРОЛИКА

Студ. УІ к. Х. Коппель.

Тартуский государственный университет. Кафедра нормальной физиологии. Зав. кафедрой проф. Э. Кяэр-Кингисепп. Кафедра органической химии, зав. кафедрой доц. В. Пальм.

Научные руководители: ст. преп. Т. Илометс и асс. С. Теесалу.

Методом электрофореза на бумаге проводилось изучение белковых фракций сока поджелудочной железы собаки и кролика. У собаки сок был получен в условиях хронического опыта (выведение протока поджелудочной железы по Павлову) на молоко в качестве пищевого раздражителя. У кроликов сок соби-рался в условиях острого опыта под уретановым наркозом при внутривенном введении 1,5 мг пилокарпина. Электрофорез был проведен в веронал-мединаловом буфере при pH 8,6. При элект-рофорезе сока собаки выяснилось, что в этом буфере на нуле-вой линии оставался один белковый компонент, к аноду пере-мещались 3-5 и к катоду 2-3 фракций.

При анализе электрофореграмм сока кролика в веронал-ме-диналовом буфере удалось установить 1 нулевой, 3-4 анодных и 3 катодных компонента.

Полученные данные показывают, что метод электрофореза на бумаге может быть применен для разделения белковых фрак-ций сока поджелудочной железы.

РЕАКЦИЯ ПАССИВНОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СКЛЕРОМЫ

Студ. УІ к. И.А. Крылов

Минский медицинский институт, кафедра микробиологии,
зав.кафедрой доц. А.П. Красильников.

Научные руководители доц. А.П.Красильников, канд.мед.наук
Н.А.Израитель

1. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) является высоко чувствительным иммунологическим методом исследования. Применение ее в диагностических целях при многих инфекционных заболеваниях свидетельствует о большей чувствительности этого метода по сравнению с реакцией связывания комплемента и реакцией агглютинации.

2.Нами разработана методика постановки РПГА при исследовании сывороток склеромных больных, определен диагностический титр и сравнена чувствительность реакций связывания комплемента (РСК) и РПГА.

3. Установлены условия постановки реакции:экстракт кипяченой 18-часовой I млрд.культуры палочки Фриша-Волковича или полный антиген в разведении 1:5000; эритроциты крови человека (0-группы, резус-отрицательные), либо эритроциты кролика, барана; сенсibilизация эритроцитов экстрактом или полным антигеном в продолжение 2 часов.

4. Для установления диагностического титра РПГА в реакции проверено 320 сывороток здоровых лиц и несклеромных больных. Положительную РПГА в титре 1:5 дали 19,1% сывороток, в титре 1:10 - 10,3% и в титре 1:20 только 1,9% всех исследованных сывороток. Отрицательная РПГА получена в 68,7%. Исходя из этих данных, за диагностический титр реакции пассивной гемагглютинации при склероме нами принимается разведение 1:20 и выше.

5. В РПГА проверена 141 сыворотка склеромных больных. 118 из них (т.е.83,7%) дали реакцию в диагностическом титре,

19 (13,5%) - в низких титрах 1:5 - 1:10 и 4 сыворотки (2,8%) - отрицательную. Положительная РСК в титрах 1:5 - 1:640 при проверке 120 сывороток получена в 89,2% (107 сывороток).

6. Сопоставление результатов РСК и РПГА показывает, что в 96,7% получены совпадающие результаты: в 103 случаях получены совпадения положительных реакций, в 13 случаях - отрицательных. Расхождение выявлено при исследовании 4 сывороток (3,3%) - РСК положительна, РПГА - отрицательна.

7. РПГА при склероме чувствительна и специфична. Она может быть использована для диагностики склеромы наряду с реакцией связывания комплемента.

ИЗМЕНЕНИЯ КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Студ. УІ к. В. Кукайне и Л. Озере
Рижский медицинский институт, кафедра детских болезней.
Зав. кафедрой - доц. М. Д. Курбатова.
Научный руководитель - асс. И. А. Гроте.

1. Работами многих авторов доказано, что морфологические изменения при ревматизме часто локализуются в мелких сосудах. Между тем функциональное состояние мелких сосудов у детей, больных ревматизмом, изучено недостаточно.

2. В нашей работе мы изучали функциональное состояние капилляров методом капилляроскопии в зависимости от активности и остроты ревматического процесса.

Капилляроскопия проведена у 35 больных детей в активной фазе ревматизма, в том числе у 10 детей в остром и 25 детей в подостром периоде болезни. У части больных капилляроскопия проводилась повторно.

3. В результате проведенных исследований у детей, больных ревматизмом, во всех случаях были найдены изменения тонуса капилляров. В остром периоде ревматизма наблюдалось спастическое

ческое состояние капилляров, капилляры были плохо видимы, очень узкие и короткие. В подостром периоде болезни изменения носили различный характер, — у части детей отмечалось спастическое состояние капилляров, у других тонус капилляров приближался к физиологической норме, а у некоторых наблюдалась гипотония капилляров.

Изменчивость капилляроскопической картины в течение болезни свидетельствует о функциональном характере изменений капилляров.

4. Изменения капилляров, найденные у детей, больных ревматизмом, нельзя расценивать как специфические только для ревматизма. Поэтому капилляроскопия как диагностический метод может применяться только в комплексе с другими методами исследований.

5. В дальнейшем необходимо провести наблюдения над большим количеством больных и проверить влияние различных медикаментов на функциональное состояние капилляров у детей, больных ревматизмом.

ИНТРАОРГАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ПЕРЕДНЕГО МОЗГА НЕКОТОРЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Студ. У к. А.А.Курец.

Гродненский медицинский институт, кафедра нормальной анатомии, зав.кафедрой проф. А.Н. Габузов

Несмотря на большую литературу, посвященную изучению кровоснабжения головного мозга человека и животных, многие вопросы структуры и функции сосудистой системы головного мозга все еще остаются нерешенными. Это особенно касается сосудов головного мозга лабораторных животных, подвергающихся эксперименту.

На кафедре нормальной анатомии ГМИ намечен широкий план сравнительно-анатомического изучения сосудов головного мозга человека и животных.

В настоящем сообщении приводятся результаты исследования интраорганной артериальной системы переднего мозга ежа (I),

крыс (2), кроликов (5), морских свинок (13) и кошек (3).

Применялась методика инъекции артериальной системы головного мозга красящими и контрастными веществами, с последующим препарированием, приготовлением серийных срезов, просветлением их и рентгенографией. По одному из существующих методов производился подсчет капилляров в различных участках коры, белого вещества и подкорковых ядер. Препараты зарисовывались и фотографировались.

В результате исследований выявлены анатомические особенности артериальных стволов и их разветвлений, обеспечивающих кровоснабжение переднего мозга. Изучены ход, расположение и количество артерий, способ анастомозирования их в различных отделах мозга. Установлено, какие и в каком количестве имеются связи между поверхностными и глубокими артериями.

Исследованы и выявлены характерные особенности капиллярной сети коры, подкорковых ядер и белого вещества мозга. Представлена качественная и количественная оценка капиллярной сети в различных участках. Особое внимание обращено на симметричность в расположении артериальной сети правого и левого полушарий.

Полученные данные могут быть использованы в лаборатории при экспериментальных исследованиях и сравнительно-анатомическом изучении сосудов мозга, когда необходимо выявить закономерность формирования сосудистой сети головного мозга человека.

НЕКОТОРЫЕ КОМПЛИКАЦИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (по данным прозекутуры
РККБ за 1953 - 1962 г.)

Студ. IУ к. В. Кшивицкас и студ.Ш к. А. Маргене
Каунасский медицинский институт, кафедра патологической
анатомии, зав.кафедрой проф. Лашене.

Научные руководители: доц. Я.Янкявичюте и асс.Л. Люткус.

Мы проанализировали некоторые осложнения при атеросклерозе и гипертонической болезни в связи с возрастом, полом, профессией. Для этой цели пользовались материалом вскрытий на патологоанатомическом отделении РККБ за 1953-1962 г. Всего исследовано 363 случаев, в том числе 230 случаев атеросклероза и 133 случая гипертонической болезни. По данным нашего материала от атеросклероза умерло 127 мужчин и 103 женщины, от гипертонической болезни - 57 мужчин и 76 женщин. У страдавших атеросклерозом средний возраст около 68 лет, гипертонической болезнью - около 62 лет. Нами сделаны следующие выводы:

1. При гипертонической болезни больные умирают в более молодом возрасте, чем при атеросклерозе.

2. По частоте важнейших осложнений при атеросклерозе первое место занимает инфаркт миокарда (29%), второе -серые размягчения мозговой субстанции (20,4%), третье -тромбозы нижних конечностей (10,9%); при гипертонической болезни первое место занимают мозговые кровоизлияния (43,6%), реже встречается инфаркт миокарда (25%) и серые размягчения мозговой субстанции (25%).

3. Инфарктом миокарда при атеросклерозе чаще болеют мужчины, чем женщины (мужчины - 61%, женщины -39,4%).

4. Инфаркт миокарда чаще встречается у служащих, чем у рабочих и колхозников.

5. При атеросклерозе инфаркт миокарда в большинстве случаев (58,2%) сопровождается образованием тромбов в коронарных артериях.

БАЛЛИСТОКАРДИОГРАММА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Студ. IV к. Р. Кямешите

Вильнюсский государственный университет, кафедра факультетской терапии. Зав. кафедрой канд. мед. наук Э. Некрашас.

Научный руководитель врач М. Чоботас.

Несмотря на опубликованные работы в области баллистокардиографии здоровых людей и при разных сердечно-сосудистых заболеваниях, до сих пор остается актуальным вопрос анализа и величин отдельных показателей нормальной баллистокардиограммы здорового человека. Это вызвано тем, что до сих пор применяются не унифицированные баллистокардиографические датчики с разной физико-технической характеристикой.

Кроме того, отдельными авторами вычисляются разные показатели без статистической их достоверности. Вполне естественно, что выявление патологических изменений БКГ невозможно без выработки нормативов для этой методики, чего, которая и является целью нашей работы.

Нами обследовано 50 клинически здоровых людей в возрасте от 20 до 34-х лет. Регистрировалась баллистокардиограмма скорости при помощи электромагнитного датчика Парина-Мареева.

Мы определяли временные расстояния вершин волн Н, I, J, К, БКГ от R зубца ЭКГ, время БКГ систолы Н-К, дыхательный коэффициент, баллистокардиографический индекс (БИ) и внутрисистолический показатель. Кроме определения амплитуд отрезков БКГ HI, IJ, JK, KL в мм, высчитывались их соотношения в процентах в виде показателей HI/IJ, JK/IJ, KL/IJ, KL/JK.

По нашим данным баллистокардиографические показатели у здоровых людей довольно постоянны и близки данным, опубликованным в литературе. Разницы между БКГ данными женщин и мужчин мы не нашли.

О ПЕРЕСЕКАЮЩИХ ВЕНЕЧНЫЕ СОСУДЫ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТИКАХ

Студ. Ш. к. Т. Лаас и Э. Мулламаа
Бергуский государственный университет, кафедра нормальной анатомии. Зав. кафедрой и.о. проф. Г. Роокс.

Расширяющееся изучение патологии сердца и развитие сердечной хирургии требует точного знания анатомии сердца.

В своей работе мы обратили внимание на мало осведомленный в литературе морфологический вопрос — о пересекающих коронарные сосуды миокардиальных мостиках.

В учебниках анатомии ход главных ветвей коронарных сосудов отмечается обыкновенно идущим на поверхности миокарда субэпикардиально. Первые наблюдения о покрытии их иногда миокардиальными пучками сделаны И. Тандлером (1913). Позднее этот вопрос изучали Н. Джавахишвили и М. Комахидзе (1958), П. Полачек (1958), Р. Берг (1963), причем последние предполагают, что наличие миокардиальных мостиков может быть морфологическим предрасположением для локализации эмболов и тромбозов.

Наш доклад базируется на изучении путем препарации и частичной инъекции венечных сосудов 36 сердец, в том числе 26 сердец человека (обоих полов) в возрасте от 2 недель до 74 лет и сравнительно-анатомически 5 сердец свиньи, 3 — овцы и 2 — теленка. Сердца были без видимых патологических изменений.

1. Из 26 сердец человека миокардиальные мостики были обнаружены на 19 сердцах (73%). Мостики наблюдались преимущественно в области левой венечной артерии (*arteria coronaria sinistre*) — 68,6% из мостиков, в области правой венечной артерии (*arteria coronaria dextra*) — 30,4%

2. Из ветвей левой венечной артерии мостиками пересекался наиболее часто *ramus intervenicularis anterior* (43,4%). В области *ramus obliquus* из мостиков было 11,5%, *ramus marginalis* 19,2% и *ramus posterior ventriculi sinistri* 15,4%.

Ветви правой венечной артерии пересекались миокардиальными мостиками следующим порядком: *rami anteriores ventriculi dextri* 11,5%, *ramus marginalis* 7,7% и *ramus interventriculalis posterior* 3,8%.

4. На изученных сердцах домашних животных миокардиальные мостики встречались также наиболее часто в области левой венечной артерии, в частности в области передней межжелудочковой ветви.

5. Из числа всех (36) сердец как человека, так и домашних животных миокардиальные мостики были обнаружены на 27 сердцах, что составляет 75% случаев.

6. Пересекающие миокардиальные пучки были найдены в 8-ми случаях (26,9%) и в области венозных стволов (*vena cordis media*, *vena cordis magna*, *sinus coronarius*).

7. Длина миокардиальных мостиков достигала от 2 до 50 мм, в большинстве случаев 4–20 мм.

8. Чаще обнаруживался на сердце лишь один мостик, но были и случаи с 2, 3, 4, 5 и даже 6 мостиками.

9. Пересекаемые мостиками венечные сосуды встречались во всех возрастных этапах (включая новорожденных).

10. Сравнительно-анатомически принципиальных различий в морфологии миокардиальных мостиков не имеется. Их топография, длина, количество и толщина варьируют.

II. Вопрос о том, насколько наличие мостиков имеет отношение к локализации эмболии или тромбозов в венечных сосудах, требует дополнительных специальных исследований, но клинические наблюдения более частой локализации инфарктов на левой стороне совпадают с большей частотой мостиков на той же стороне.

К ИЗУЧЕНИЮ МЕХАНИЗМОВ ДЕПониРОВАНИЯ ТИАМИНА В ТКАНЯХ

Студ. Ф.Ларин и С.Карпуть.

Гродненский медицинский институт, кафедра биохимии.
Зав.кафедрой доц. Ю.М. Островский.

В тканях животных и человека тиамин присутствует, в основном, в виде тиаминдифосфата. В меньшем количестве находят и другие фосфорилированные производные тиамина, его дисульфиды и свободный витамин. Поступая с пищей в кишечник, различные производные витаминов превращаются в свободный тиамин, который и подвергается всасыванию. Как лечебный препарат также используется преимущественно эта форма витамина, вводимая в организм различными путями.

Точные механизмы процессов всасывания и проникновения тиамина в ткани пока не известны. Предполагается, что процесс этот идет активно за счет фосфорилирования витамина, хотя имеются и данные, указывающие на возможность проникновения через клеточные мембраны тиаминмоно-и тиаминдифосфата.

Нами изучались условия депонирования S^{35} -тиамина в тканях белых мышей на фоне одновременного введения различных нерадиоактивных производных витамина или его антивитаминов. Нерадиоактивный тиамин, введенный одновременно с S^{35} -тиамином, конкурентно препятствует накоплению метки в ткани печени. Относительная удельная активность /ОУА/ ткани печени контрольных животных (через 24 часа после введения изотопа) колебалась в пределах 82-206, у получавших равную дозу тиаминa 3I-I25 и у получавших десятикратную дозу лишь 16-43.

Несколько более заметно конкуренция проявлялась при введении фосфорилированных производных тиаминa, по-видимому, в связи с тем, что они дольше задерживаются в тканях. Пири-тиамин, примененный в равной с S^{35} -тиамином дозе, влиял на включение метки в различные ткани примерно так же, как

свободный тиамин. Окситиамин в эквимольной концентрации не препятствовал внедрению метки в ткань печени и стимулировал этот процесс, если применялся в 10-кратной дозе по сравнению с S^{35} -тиамином.

Полученные данные дают основания для пересмотра некоторых представлений о механизмах депонирования тиамина в тканях и действии антиметаболитов витамина.

О КОНЦЕНТРАЦИИ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ И ПРИ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ АЛКОГОЛЕМ И О НЕКОТОРЫХ СИМПТОМАХ ОПЬЯНЕНИЯ

Студ. А.Лауримаа Д.Сарапуу и А.Эйст.

Тартуский государственный университет, кафедра психиатрии и судебной медицины. Зав.кафедрой и научный руководитель проф. Э.Ю. Кару.

Чтобы уточнить и объективизировать диагностику алкогольного опьянения, в последние годы все больше усиливается направление, требующее введения в экспертизу количественного определения алкоголя в крови.

В связи с этим, многие авторы, как И.Скопин, Н.Асафьева и Просвирин и др., опубликовали работы, в которых они определили высшие летальные концентрации алкоголя в крови в пределах $6^0/00$ - $10^0/00$.

Эти данные не соответствуют ранее опубликованным в мировой литературе данным, по которым летальные концентрации не превышают $5^0/00$ алкоголя в крови.

Мы исследовали кровь 65 пациентов и 26 трупов, а также использовали архивные материалы кафедры судебной медицины Тартуского гос.университета о концентрации алкоголя в крови 36 трупов.

Концентрация алкоголя в крови определялась по методу Видмарка. Кроме того мы определяли ценность некоторых субъективных симптомов при диагностике алкогольного опьянения и совпадение их с соответствующими концентрациями алкоголя в крови.

Выводы работы:

1. Чтобы объективнее определить алкогольное опьянение, надо кроме клинической картины и качественного определения алкоголя, обязательно применять и количественный анализ определения алкоголя в крови.
2. Клиническая картина алкогольного опьянения тем яснее и тем больше соответствует содержанию алкоголя в крови, чем выше концентрация алкоголя.
3. Исследование нистагм положения можно употреблять как вспомогательный метод для дифференцирования резорптивной и пострезорптивной фазы алкогольного опьянения.
4. Для установления концентрации алкоголя в крови надо учитывать, имеет ли место резорптивная или пострезорптивная фаза.
5. Данные нашей работы показывают, что летальная концентрация алкоголя в крови составляет 5⁰/оо.

ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ФАЗОВО-КОНТРАСТНОЙ МИКРОСКОПИИ

Студ. УІ к. Е.Р.Лахин

Воронежский медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии. Зав.кафедрой засл.деятель науки РСФСР проф.В.А.Покровский.

Большое значение в гинекологической практике имеет диагностика предраковых состояний и начальных стадий рака шейки матки. Широкое применение находят цитологические методы выявления атипических изменений в эпителиальных клетках. Наиболее простым и доступным методом, не требующим сложных красителей и дорогостоящего оборудования, является метод фазово-контрастной микроскопии, позволяющий детально изучать строение живой, неизменной фиксации и окраской клетки.

Мы обследовали 118 больных, из них у 80 женщин были заболевания шейки матки, а у 38 — тела матки. Рак шейки матки

был заподозрен на основании данных фазово-контрастной цитологии у 13 больных, гистологически подтвержден у 8; у остальных больных найдены признаки тяжелых нарушений строения эпителия (тяжелая дисплазия, иррегулярная метаплазия).

Из 4 больных с подозрением на рак тела матки при гистологическом исследовании соскобов диагноз подтвержден у трех, у 67 из 80 больных с поражениями шейки матки обнаружены явления атипии эпителия в различной степени, причем выявлена прямая связь между степенью нарушений, найденных при фазово-контрастной микроскопии и гистологическом изучении препаратов.

Следовательно, фазово-контрастная микроскопия позволяет рано выявить патологические состояния клеток эпителия, своевременно установить показания к гистологическому изучению кусочков из органа и систематическому цитологическому наблюдению.

ОБ ИЗМЕНЕНИИ АКТИВНОСТИ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ В ТКАНЯХ И КРОВИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ РОСТЕ

Студ. У к. Г.С.Лесничий

Минский медицинский институт, кафедра общей химии. Зав. кафедрой доц. В.А.Бандарин. Научный руководитель ассистент Д.В.Кириленко.

Развитие злокачественных новообразований приводит к нарушению в организме нервнорегуляторных и нервнотрофических функций. В связи с этим представляет интерес изучение ферментных систем, участвующих в метаболизме медиаторов. Среди последних особое место принадлежит ацетилхолину, выполняющему в организме многочисленные функции. С ним связана активность так называемых холинэргических нервных структур, что является основой выдающейся роли ацетилхолина в осуществлении функций многих центральных и периферических аппаратов. Как местный тканевой гормон, ацетилхолин оказывает большое влияние на физико-химическое состояние клеток, на

их проницаемость и т.д. Метаболизм ацетилхолина в значительной степени зависит от активности холинэстераз (специфической и неспецифической) — ферментов, катализирующих распад ацетилхолина на холин и уксусную кислоту.

Определение активности холинэстеразы проводилось нами по методу Хестрина в гомогенатах тканей и в крови. Исследования проводились на резецированных тканях желудка у больных раком этого органа, а также на экспериментальных животных (белых крысах) с привитой саркомой 45.

Определение активности холинэстеразы в тканях желудка производилось в центре опухоли на краю ее и в мышечной ткани стенки желудка на расстоянии 8 см. от края неоплазмы.

Наименьшая активность холинэстеразы отмечена в центре раковой опухоли желудка с постепенным повышением активности фермента к краю неоплазмы.

В опытах на белых крысах с перевивной саркомой 45 активность холинэстеразы определялась в эритроцитах (специфическая) и плазме (неспецифическая) крови, в печени и в опухолевой ткани.

Проведенные опыты показали, что у крыс с перевивной саркомой 45 происходит резкое увеличение активности специфической и неспецифической холинэстераз в крови и в печени.

Активность холинэстеразы плазмы крови (неспецифическая холинэстераза) увеличена на 260%, эритроцитов (специфическая холинэстераза) на 200%. В опухолевой ткани активность холинэстеразы на 30% ниже активности холинэстеразы печени здоровых крыс и на 55% ниже, чем в печени крыс с перевивной саркомой 45.

К МОРФОЛОГИИ ВЕНОЗНОЙ И КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

Студ.Ш к. Р.Лятт, Э.Хейнамяэ

Тартуский государственный университет, кафедра анатомии,
зав.кафедрой и.о. проф. Г.Роокс.

Венозная и круглая связка печени — остатки эмбрионального венозного протока. (*ductus venosus Arantii*) и пупочной вены *v. umbilicalis*), сохранившиеся после рождения.

Венозный проток и пупочная вена развиваются на базе протоканалов в печени желточных и парных пупочных сосудов в ходе их преобразований. Венозный проток дает возможность прохождения части пупочной крови непосредственно в нижнюю полую вену, минуя печень. По вопросу о связях пупочной вены и венозного протока, как и об их облитерации, в литературе имеется ряд противоречивых данных. С одной стороны, отмечается, что пупочная вена (круглая связка печени) связывается с левой ветвью портальной вены, венозный же проток начинается в ее противоположной стенке, с другой стороны, венозный проток изображается как бы ветвью пупочной вены. Источком венозного протока чаще называют левую печеночную вену, реже — непосредственно нижнюю полую вену. Имеются однако и противоположные данные.

Как в старой, так и в новой литературе обычно отмечают, что пупочная вена и венозный проток после рождения облитерируются в фиброзные связки.

Гартль (Hartl) описывает все же случаи, где венозная связка сохранила проходимость, но считает это исключением. Некоторые авторы (Тонков, Зиегльбауер) все же отмечают, что у связок местами может сохраниться проходимость. Более детально изучали вопрос Стиварт (Stewart —1929) и Довинер (1962). Результаты обоих расходятся. Первый обнаружил в венозной связке просвет, но ни в одном случае не заметил проходимости обоих концевых отверстий. Последний же, наоборот, установил в 106 случаях 68 случаев проходимости.

В связи с этим расхождением мы изучали связки на 50 препаратах печени. После препарации сосудов мы изучали проходимость и отверстия макроскопически, затем зондами разных диаметров (0,4 - 1,27 мм) и различными инъекциями со стороны портальной и кавальной системы, а также непосредственно в венозный проток. Нами получены следующие предварительные результаты:

1. Круглая венозная связка (пупочная вена) вливается в левую ветвь портальной вены.

2. Венозная связка (венозный проток) начинается тут же с противоположной стенки, то ближе, то дальше по отношению к пупочной вене; истекает в основном через левую печеночную вену в нижнюю полую вену, редко непосредственно в последнюю.

3. У круглой связки отсутствовало отверстие в левой ветви портальной вены (в 5 случаях).

4. В венозной связке проходимость с отверстиями в обоих концах была обнаружена лишь в 4 случаях (8%). В 6 случаях (12%) при наличии просвета было закрыто отверстие на кавальном конце, а в II случаях (22%) на портальном конце. В 28 случаях, если и встречался просвет, отверстия были закрыты на обоих концах.

5. Наши данные говорят в пользу того, что полная облитерация просвета изучаемых связок печени не является частым явлением, но чаще встречаются облитерации (закрытие) концов отверстий (особенно на портальном конце), вследствие чего полная проходимость встречается все же редко. Наши данные находятся ближе к данным Стиварта.

Наличие функциональной проходимости венозной связки как известно значение в виде коллатерального пути в случаях застоя портальной системе, но может оказаться вредным при патологических состояниях кишечника.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БЕЛКОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И В ЛИКВОРЕ

Студ. IУ к. Ю. Макаускайте и Л. Ягминас.

Каунасский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав. кафедрой доц. Каралюнас.

Научные руководители асс. Яронене и асп. Яржемаскас.

Большинство до сих пор опубликованных в отечественной литературе трудов, посвященных электрофорезной тождественности и различию белков сыворотки крови и спинномозговой жидкости, основывались на методе бумажного электрофореза.

В этой работе приводятся данные анализа белков сыворотки крови и спинномозговой жидкости у 5 больных, полученные методом агаромикроэлектрофореза, который, по сравнению с бумажным электрофорезом, имеет значительные преимущества:

1. Позволяет точно идентифицировать отдельные фракции белков,
2. Дает возможность гораздо точнее установить их количество.
3. Позволяет одновременно исследовать большое количество проб и др., что значительно уточняет данные.

По предварительным данным, полученным сотрудниками кафедр, имеется некоторая разница во фракции B_1 и B_2 глобулинов, а кроме того в спинномозговой жидкости обнаружилась более обширная фракция преальбуминов.

Часть работы посвящена разбору антигенных свойств белков сыворотки крови и спинномозговой жидкости.

Приведенные данные получены из опыта над 4-мя кроликами, из которых 2 были сенсibilизированы человеческой кровью, а другие 2 – сывороткой человеческой крови. У всех кроликов возбуждался анафилактический шок путем всprыскивания в маргинальную вену, уха ликвора человека. Во всех случаях вызванный типичный анафилактический шок указывает на то, что, несмотря на различия в составе белков сыворотки крови и спинномозговой жидкости, имеются также и однородные белки.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ БОЛЬШИХ
ПОЛУШАРИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
НАТРИЕВО-ХЛОРИСТОЙ ГИПЕРТОНИИ

Студ. IУ к. С.Малва.

Тартуский государственный университет, кафедра факультетской терапии и патологической физиологии. Зав.кафедрой доц. К. Кырге. Научные руководители доц. Р.Ю.Лоога и асс.Л.К.Лоога.

В последнее время установлено, что введение больших количеств NaCl вызывает у белых крыс гипертонию. Объясняют это расстройствами функциональной системы гипофиза-надпочечников, в результате которых Na^+ задерживаются в тканях.

Целью данной работы было выяснить роль функционального состояния коры больших полушарий в механизмах возникновения NaCl - гипертонии.

Опыт проведен на 6 белых крысах-самцах. Функциональное состояние коры больших полушарий определяли по моторной реакции животных при внезапном воздействии сильного звукового раздражителя. Крушинский и др. показали, что "звукочувствительных" крыс характеризует слабость внутреннего торможения коры больших полушарий. Для измерения кровяного давления применяли плетизмографический метод Лоога и Куль.

Питьевую воду заменили 2% раствором хлористого натрия. Опыт продолжался 8 недель. Кровяное давление проверяли раз в неделю, звукочувствительность через неделю.

У "звукочувствительных" крыс в конце первой недели кровяное давление значительно поднялось и осталось повышенным с некоторыми колебаниями до конца опыта (средний подъем 22%)

У "звукочувствительных" подопытных животных в начале среднее кровяное давление даже понижалось и только на II, III и IУ неделю поднялось выше исходного уровня (в среднем на 8%). Звукочувствительность во время опыта не изменилась.

Таким образом, экспериментальная натриево-хлористая ($NaCl$) гипертония вызывается не только расстройствами водного и солевого обмена, но большую роль в ее патогенезе

играет функциональное состояние высших отделов нервной системы, особенно сила внутреннего торможения коры больших полушарий.

ЛИПОПРОТЕИДЫ И НЕНАСЫЩЕННЫЕ ВЫСШИЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ В СВЯЗИ С ПРОБЛЕМОЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Студ. П. к. А. М. Махачкеева, Ш. к. Л. П. Уткина и У. к. А. А. Чиркин.

Витебский медицинский институт, кафедра биохимии. Зав. кафедрой доц. М. П. Суриков.

1. Атеросклеротический процесс сопровождается увеличением количества холестерина, бета-липопротеидов и одновременным уменьшением количества фосфолипидов в крови.

Развитию атеросклероза способствует высокая калорийность пищи, содержание в ней большого количества насыщенных высших жирных кислот и холестерина. Ненасыщенные высшие жирные кислоты, в противоположность насыщенным, проявляют гипохолестеринемическое действие.

2. В настоящей работе изучалась связь между содержанием бета-липопротеидов, альфа-липопротеидов и ненасыщенных высших жирных кислот в сыворотке крови, возрастом и полом человека с целью выяснения факторов, предрасполагающих к заболеванию атеросклерозом.

3. В работе использован турбидиметрический метод определения бета-липопротеидов с помощью гепарина и метод электрофореза на бумаге с последующим денситометрированием. Это позволило вычислить количество альфа-и бета-липопротеидов в мг%, а также определить количество белков и липидов в бета-липопротеидах. Одновременно в сыворотке определялось иодное число.

4. Была исследована сыворотка крови 300 человек в возрасте от 15 до 75 лет.

5. Было обнаружено резкое повышение количества бета-липопротеидов и содержания в них липидов, а также резкое уменьшение количества альфа-липопротеидов и ненасыщенных высших жирных кислот в возрасте 50-55 лет у мужчин и в возрасте 45-50 лет у женщин.

ПРОЦЕССЫ ОБРАЗОВАНИЯ АММИАКА В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНАХ В СВЯЗИ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ ИХ СЕКРЕЦИИ КАРБОХОЛИНОМ

Студ. УІ к. В. Музыка.

Тартуский государственный университет, кафедра биохимии.
Зав.кафедрой доц. Л. Тяхепылд. Научные руководители проф.
Э.Мартинсон и доц. Л. Тяхепылд.

Впервые И.П.Павлов совместно с М. Ненцким и И.Залеским в 1896 г. установил, что в крови системы воротной вены всегда больше аммиака, чем в других сосудах. На основании этого, а также соответствующих определений аммиака в слизистой оболочке желудка, кишечника и в поджелудочной железе, И.П.Павлов пришел к заключению, что "Аммиак, идущий от пищеварительного канала к печени, двойного происхождения. Часть его берет свое начало от аммиака пищи, т.е. от разложения пищевой кашицы в кишках, другая же часть, несомненно, является результатом химических процессов в железистых органах пищеварительного канала. "Особенно высокое содержание аммиака было найдено в крови, оттекающей от панкреатической железы.

В последнее время работами кафедры биохимии Тартуского госуниверситета была показана тесная связь между процессами образования и связывания аммиака и секреторной деятельности желудка и ее возбуждением. В литературе же со времен И.П.Павлова нет данных о роли обмена аммиака в деятельности поджелудочной железы.

Нами было изучено количество аммиака методом Парнаса в оттекающей от органов пищеварения крови в условиях острого опыта на собаках. Было обнаружено, что в состоянии покоя по сравнению с артериальной кровью количество аммиака в

крови, оттекающей от пищеварительных органов значительно увеличено. При этом наибольшее увеличение было найдено в венозной крови поджелудочной железы. В количестве же глутамина — транспортной формы аммиака — не было обнаружено существенных изменений. Это свидетельствует, что в этих пищеварительных органах, в частности, в поджелудочной железе идут интенсивные процессы образования аммиака уже в состоянии покоя.

При возбуждении секреции пищеварительных органов на тех же животных введением карбохolina, аналога ацетилхолина, было отмечено заметное увеличение количества аммиака в крови, оттекающей от поджелудочной железы, и меньшее, хотя закономерное — в крови от желудка. В оттекающей от кишечника крови закономерных изменений не наблюдалось. В это же время количество глутамина в крови не изменялось.

Поскольку в желудке имеется мощная система образования аммиака — уреазы-мочевина, а в поджелудочной железе она отсутствует, то возникает вопрос об источниках образования больших количеств аммиака в поджелудочной железе в связи с возбуждением ее секреции. В этом аспекте заслуживают внимание белки, что и является предметом наших дальнейших исследований.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ pH В ОТДЕЛЯЕМОМ ИЗ НОСА ПРИ ОХЛАЖДЕНИИ И ПРИ НАГРЕВАНИИ НОГ

Студ. VI к. Я.Р.Мюрсепп.

Тартуский государственный университет, кафедра оториноларингологии. Зав.кафедрой доктор мед.наук Э.К.Сийрде.
Научный руководитель канд.мед.наук С.Ф.Сибуль

Целью настоящей работы было выяснить изменения pH отделяемого из носа в связи с охлаждением и нагреванием ног.

Исследуемыми были больные, находившиеся на лечении в ЛОР отделении Тартуской республиканской клинической больницы с диагнозом *rhinopathia allergica* (16 случаев), *highmoritis chronica* (4 случая), *highmoritis acuta* (2 случая).

Контрольную группу составляли студенты мед.факультета ТГУ (8 случаев), которые не имели жалоб на патологию носа.

Определения pH отделяемого из носа были произведены у каждого исследуемого по три раза, т.е. в начале исследования; на 7-ой минуте после начала охлаждения ног и на 7-ой минуте после начала нагревания ног.

Длительность охлаждения ног была 10 минут, оно производилось при помощи грелки, наполненной водой + 10°.

Нагревание ног производилось водой + 45° и была использована та же самая методика, как и при охлаждении ног.

pH отделяемого из носа определяли с помощью высокоомного потенциометра постоянного тока типа ППТВ I.

Точность определения pH отделяемого из носа была 0,01. При оценке результатов наблюдений выяснилось:

1) у лиц контрольной группы pH отделяемого из носа при охлаждении ног (pH = 7,05) и при нагревании ног (pH = 6,97) существенно не изменялось по сравнению с pH отделяемого из носа в начале наблюдения (pH = 7,08).

2) У большинства больных аллергической ринопатией (II случаев) при сравнении с данными в начале наблюдений (pH = 7,03 - 6,80) охлаждение ног вызывало изменения pH отделяемого из носа по направлению к щелочности (pH = 7,12 - 6,90).

Нагревание ног вызывало еще большее увеличение щелочности в отделяемом из носа (pH = 7,39 - 6,98).

3) У больных с хроническим и острым гайморитом (4 случая) величины pH отделяемого из носа (pH = 7,13 - 7,00) при охлаждении ног изменялись по направлению к кислотности (pH = 7,05 - 6,89), нагревание ног вызывало еще большее увеличение кислотности в отделяемом из носа (pH = 6,94 - 6,76).

В ы в о д ы:

I. Сужение или расширение кровеносных сосудов слизистой оболочки носа под действием температурного фактора обуславливает также изменения pH отделяемого из носа.

2. При нормальной слизистой оболочке колебания рН отделяемого из носа невелики. При патологическом же состоянии (аллергия, воспаление) изменения рН отделяемого из носа обширнее, особенно под действием тепла.

3. По большим колебаниям рН отделяемого из носа можно определить расстройство защитного барьера слизистой оболочки носа.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Студ. IУ к. А. Нарбутас
Каунасский медицинский институт, кафедра факультетской терапии. Зав. кафедрой проф. Ю. К. Купчинскас.
Научный руководитель доц., доктор мед. наук Ю. Данис

1. В щитовидной железе больных ревматизмом в активной фазе часто бывает повышенная концентрация радиоактивного иода. При утихании ревматического процесса концентрация радиоактивного иода в щитовидной железе нормализуется.

2. Увеличение концентрации радиоактивного иода и ускоренный основной обмен могут быть обусловлены повышенной функцией щитовидной железы.

3. Некоторые симптомы у больных ревматизмом в активной фазе могут быть обусловлены повышенной функцией щитовидной железы, поэтому при лечении таких больных с симптомами гипертиреоза достигаются хорошие результаты если назначать наряду с антиревматическими препаратами также и препараты раувольфия и др.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, АКТГ И ГИАЛУРОНИДАЗЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ (экспериментальная)

Студ.УІ к. Н.Николаев и студ.У к. В. Черенок
Минский медицинский институт, кафедра общей хирургии.
Зав.кафедрой засл.деятель наук УССР проф.Т.Е.Гнилорыбов.
Научный руководитель асс И.Н. Гришин.

Спаечная болезнь – тяжелый недуг. В большинстве случаев она приводит к кишечной непроходимости. Существующее в настоящее время консервативное лечение как поясничная новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому (Маслов П.Н. – 1954 г.; Коморовский Ю.Т., Корчинский И.Ю., Гордиенко С.К. – 1962 г. и др.), атропинизация, сифонные клизмы, промывание желудка, постоянное отсасывание его содержимого, подвесная илеостомия, трансплантация брюшины, тепловые процедуры и другие методы приносят пользу в начальных фазах заболевания и лишь временно облегчают состояние больных. Хирургическое лечение заключается в рассечении сращений в брюшной полости, удалении десерозированных участков кишки и наложении обходных межкишечных анастомозов. Предложенная Ноблем операция, цель которой – обезопасить от уже имеющегося спаечного процесса кишечные петли, доступна не каждому хирургу и спаечный процесс не ликвидирует. В последние годы в литературе появился ряд сообщений противоречивого характера о применении глюкокортикоидов, АКТГ и гиалуронидазы при лечении спаечной болезни. Учитывая большой процент осложнений после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, приводящих к спаечной болезни, мы решили изучить действие этих препаратов на течение спаечного процесса.

Опыты проводились на кроликах (всего 36). Образование спаек вызывалось засыпанием внутрибрюшинно стерильного талька (2,0). На 7 сутки у контрольных кроликов развивался массивный спаечный процесс (4 кролика). Проведены две серии

опытов, в каждой по 4 группы. В первой серии мы ставили цель изучить способность этих препаратов предупреждать возникновение спаечного процесса. Препараты вводились внутривнутрибрюшинно в момент засыпания талька. Дозы: гидрокортизон - 37,5 мг; кортизон - 37,5 мг; АКТГ - 12,5 ед; лидаза - 32 ед.

Во второй серии кроликам, у которых предварительно были вызваны спайки, внутрибрюшинно однократно вводились препараты в прежних дозах. Затем, в течение 6 дней, кроликам внутримышечно вводились эти препараты в дозах: гидрокортизон - 5 мг/кг, кортизон - 5 мг/кг, АКТГ - 3 мг/кг, лидаза - 16 ед/кг.

У каждого кролика производилось фотографирование спаек и взятие участка кишки со спайкой на гистологическое исследование.

В первой серии опытов у кроликов, которым вводился гидрокортизон, спайки почти полностью отсутствовали. Подобное действие оказывали кортизон и АКТГ, однако в некоторых случаях у кроликов имелись нежные спайки. Лидаза не предупреждала образование спаечного процесса.

Во второй серии у кроликов, которым вводилась лидаза, плотность спаек значительно снизилась, но их количество оставалось прежним. Глюкокортикоиды и АКТГ не уменьшали количество и плотность уже имеющихся спаек.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Студ. УІ к. У.Ноормаа.

Тартуский государственный университет, кафедра неврологии.
Зав.кафедрой доц. Э.Раудам.
Научный руководитель асс. А. Тикк.

Проводились исследования динамики некоторых показателей водно-солевого обмена (гидрофильность кожи, концентрация натрия, калия, хлора в сыворотке крови и их выделение с мочой, гематокрит, экстрацеллюлярный волюмен по роданид-методу) у 55 больных с черепно-мозговой травмой в остром периоде.

На основе наших данных можно сделать следующие выводы:

1. Динамика водно-солевого обмена у всех исследованных нами больных с неосложненной черепно-мозговой травмой однотипная.

2. В первый и во второй день после травмы черепа гидрофильность кожи, гематокрит, электролиты в крови, экстрацеллюлярный волюмен находятся в пределах нормы, умеренно уменьшается выделение воды, натрия и хлоридов с мочой. На 3,4,5 день болезни ретенция воды, натрия и хлоридов продолжается и прибавляются понижение уровня натрия в крови и гематокрита, повышение экстрацеллюлярного волюмена и гидрофильности кожи. В конце первой недели исследованные нами сдвиги водно-солевого обмена в течение нескольких дней приближаются к норме. Такие же колебания водно-солевого обмена мы нашли и на 2,3,4 неделе после травмы без изменения в это же время клинического состояния.

3. Скорость чередования и длительность течения выше указанных периодов зависят от тяжести травмы. При сотрясении мозга периоды водно-солевой патологии короче и проходят быстрее. При ушибе мозга чередование фаз замедляется.

4. В большинстве случаев изменения водно-солевого обмена при легкой черепно-мозговой травме корригирования почти не требуют.

5. Гидрофильность кожи изменяется параллельно с другими показателями водно-солевого обмена и дает возможность следить за динамикой водно-солевого обмена.

НЕРВЫ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЧЕЛОВЕКА И НЕКОТОРЫХ ЖИВОТНЫХ

Студ. УІ к.Г.П. Олейник

Харьковский медицинский институт, кафедра нормальной анатомии. Зав.кафедрой проф. Р.Д.Синельников.

В настоящем сообщении, на основании макро-микроскопических и гистологических исследований, будут приведены материалы о вне-и внутриорганных нервах общих сонных артерий человека, собаки и кошки.

Общие сонные артерии человека в верхнем отделе получают нервные стволы от языкоглоточного нерва, пучковидного узла блуждающего нерва, а также от верхнего шейного симпатического узла.

К среднему отделу общих сонных артерий подходят нервные стволы от среднего отдела пограничного симпатического ствола шеи, а также от верхнего сердечного нерва. Нижний отдел общих сонных артерий принимает нервные стволы от нижнего шейного симпатического узла. Все указанные стволы, подходя к общей сонной артерии, соединяются между собой и образуют внеорганное нервное сплетение. От этого сплетения отходят небольшие нервные стволы, которые проникают в толщу стенки артерии, где образуют ее внутриорганное нервное сплетение. Последнее, как и внеорганное, более развито в верхнем и нижнем отделах артерии.

В адвентиции и в мышечной оболочке общей сонной артерии встречается большое количество кустикообразно разветвляющихся нервных окончаний, а также единичных нервных волокон.

Общие сонные артерии собаки в краниальном отделе получают нервные стволы от языкоглоточного нерва и пучковидного узла блуждающего нерва, а также от шейной части пограничного симпатического ствола. В среднем отделе артерия принимает ветви от вагосимпатического ствола шеи, а к каудальному отделу подходят стволы от каудального шейного симпатического узла и подключичной петли.

По ходу внеорганных нервов общей сонной артерии собаки встречаются различные по форме и величине внутриветвистольные нервные клетки и нервные узлы. Внеорганные нервные стволы, окружая общую сонную артерию, образуют вокруг нее внеорганное нервное сплетение, которое в свою очередь дает начало нервному сплетению, залегающему в адвентиции артерии. В адвентиции и в мышечной оболочке наблюдается большое количество нервных окончаний в виде кустиков и терминальных волокон.

Внеорганные нервы общих сонных артерий кошки являются ветвями языкоглоточного, подъязычного (в отличие от собаки) и блуждающего нервов, шейного отдела пограничного симпатического ствола, краниального и каудального симпатического узлов, а также подключичной петли.

У кошки, как и у собаки нервные стволы направляются к краниальному, среднему и каудальному отделам общих сонных артерий. Соединяясь между собой, они образуют внеорганное нервное сплетение, продолжающееся во внутриорганное нервное сплетение. В последнем находится большое количество нервных окончаний свободного типа и терминальных нервных волокон.

ИЗМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ВОДЫ В ОРГАНАХ ПОДОПЫТНЫХ МЫШЕЙ ПРИ РОСТЕ КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА

Студ. Ш к. В. Павалькис и А. Пракапас
Каунасский медицинский институт, кафедра патологической физиологии. Зав. кафедрой проф. А. Вилейшис.
Научный руководитель проф. А. Вилейшис.

Цель работы: определить динамику изменения количества воды в печени, в сердце, в почках и легких подопытных мышей при росте у них привитой карциномы Эрлиха.

Было использовано 30 белых мышей, 10 из которых были контрольные. 20 мышам подкожно в области правого бедра была привита асцитная карцинома Эрлиха.

Каждые пять дней мышей умерщвляли и определили вес свежих органов, доводя их потом до постоянного веса путем сушения.

Из различия веса перед и после сушения мы подсчитали количество воды в органах. Полученные результаты обработали вариационным-статистическим методом и сделали следующие выводы:

1. Количество воды в сердце, печени и почках мышей при росте карциномы Эрлиха постоянно возрастает.

2. Изменение количества воды в легких статистически не достоверно.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТОЙКОСТИ КАПИЛЛЯРОВ НОРМАЛЬНОЙ ДЕСНЫ

Студ. у к. 1'. Пахомов

Рижский медицинский институт, кафедра терапевтической стоматологии. Зав.кафедрой канд.мед.наук, доц.м.Ф.Крауклит.

1. В профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта важно раннее выявление функциональных изменений в сосудистой системе слизистой оболочки. В литературе имеются указания на возможность применения дозированного вакуума для выявления функционального состояния эндотелия капилляров пародонта.

2. Цель нашей работы – изучение стойкости капилляров десны у молодых лиц при клинически нормальной десне.

3. В работе использован метод определения стойкости капилляров десны с помощью дозированного вакуума, предложенного Б.И.Кулаженко, произведен рентгенологический анализ альвеолярного отростка, а также собирался тщательный анамнез.

4. Оследовано 25 человек с клинически нормальной десной. По состоянию десны и капилляров оследованные разделены на две группы:

I группу составили 15 человек, у которых клинически нормальная десна, стойкость капилляров в пределах нормы.

II группа – 10 человек имели клинически нормальную десну, однако стойкость капилляров снижена, порой очень резко.

В ы в о д :

Исходя из наших наблюдений, можно отметить, что не всегда клинически нормальная десна имеет стойкость капилляров в пределах нормы.

О БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КРОВИ ПРИ РЕНТГЕНОВСКОМ ОБЛУЧЕНИИ СОБАК

Студ. З.Г.Пинчук, С.Л.Солохина и Г.Н.Халипова
Минский медицинский институт, кафедра общей химии.
Зав.кафедрой доц. В.А.Бачдарин.

Научные руководители канд.биол.наук Г.Н.Пленина и канд.мед.наук А.А.Чавлытко.

Ионизирующая радиация вызывает значительные сдвиги в биохимических процессах, протекающих в организме. Существенные изменения при этом отмечаются в различных ферментных системах, изменяются свойства белковых тел, возникают иммунобиологические сдвиги. Лечебные мероприятия, направленные на устранение последствий биологического действия ионизирующей радиации, должны разрабатываться с учетом биохимических сдвигов, вызываемых облучением.

В задачу настоящего исследования входило изучение биохимических сдвигов в крови собак, подвергшихся рентгеновскому облучению, которые затем подвергались лечению по методу, разрабатываемому на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии МГМИ канд.мед.наук А.А.Чавлытко. Исследования проводились на половозрелых собаках в возрасте от одного до трех лет, которые подвергались рентгеновскому облучению на аппаратах РУМ-3 и РУМ-II в дозе 600 р ($DL = 95\%$), при следующих условиях: кожно-фокусное расстояние 70 см, напряжение на трубках - 180 кВ; сила тока - 7 - 15 мА. Фильтры 0,5 - Си и 1,0 - $\alpha\epsilon$. Мощность дозы в воздухе - 14,6 р/мин.

Исследовалось содержание сульфгидрильных групп сыворотки крови, активность сывороточной холинэстеразы и титр антигиа-

луронидазы в сыворотке.

Сульфгидрильные группы определялись амперометрически по Кольтгофу и Гаррису; холинэстеразы по Хестрину, антигиалуронидаза по Мак-Клину-Смирновой, с применением тестикулярной очищенной гиалуронидазы.

После облучения у собак на 4-й и 8-й дни отмечено статистически достоверное падение активности холинэстеразы, прогрессирующее повышение титра антигиалуронидазы и возрастание содержания сульфгидрильных групп сыворотки крови.

После курса лечения, состоящего в частичном кровозамещении и введении некоторых лекарственных веществ и витаминов, указанные биохимические показатели претерпевают изменения, однако закономерность их пока выявить не удалось. Возможно, этому поможет дальнейшее накопление материала, с учетом отдельных сроков наблюдения.

СОСТОЯНИЕ ВИСОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Студ. У к. Л.А.Полянская
Витебский медицинский институт, кафедра факультетской
терапии. Зав.кафедрой проф. А.М.Давыдов.
Научный руководитель асс. В.Ю.Стрижевская.

1. По литературным данным височное давление отражает в известной степени состояние кровообращения в черепной полости.

2. Мы изучали динамику височного давления и височно-плечевого коэффициента у 70 больных гипертонической болезнью в различных стадиях и с различными вариантами течения болезни под влиянием медикаментозной терапии в условиях стационара.

3. У больных гипертонической болезнью наблюдается повышение височного давления, в ряде случаев степени повышения плечевого давления.

4. У большинства больных под влиянием лечения резерпином, гексонием, сернокислой магнезией и другими средствами отмечено снижение височного и плечевого давления, что совпадало в большинстве случаев с улучшением самочувствия больных; это касается в основном лиц с церебральным вариантом заболевания.

5. У некоторых больных под влиянием лечения отмечено снижение только височного давления, а плечевое оставалось повышенным. У них улучшилось самочувствие, прекратились головные боли.

6. Наряду с этим отмечено у некоторых больных понижение только плечевого давления, а височное оставалось повышенным. У этих больных самочувствие обычно не улучшалось, постоянно беспокоили головные боли.

7. Вышеизложенное позволяет полагать, что височное давление может служить объективным критерием для суждения о церебральных нарушениях при гипертонической болезни.

К ВОПРОСУ О ЗОНАЛЬНЫХ И СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ
ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕТЕРОГЕННОЙ
КОНСЕРВИРОВАННОЙ БРЮШИНЫ

Студ УІ к. И.П.Протасевич, студ.У к.А.А.Биркос
Гродненский медицинский институт, кафедра оперативной хирур-
гии и топографической анатомии. Зав.кафедрой профессор
А.Н.Серебряков. Научный руководитель доц.Н.И. Симорот

І. Разрабатываемое в последние годы учение о зональном и сегментарном кровоснабжении печени и селезенки позволяет с новых позиций пересмотреть вопрос об экономных операциях на этих органах.

В хирургическую практику начали внедряться операции, получившие название управляемых, типичных или анатомических резекций с контролируемым гемостазом (В.С.Шапкин 1955г., Ганс 1954г., Рейффершейд 1957 г., Штукке 1959 г. и др.).

2. Зональное и сегментарное кровоснабжение печени и селезенки человека являлось предметом многочисленных исследований. (С.И.Банайтис 1922, Л.В.Доронина 1960, Е.В.Капустина 1946, Л.И.Савинова 1959, Куино 1956, Хиортцио 1951, Элиас 1954, и др.). Что же касается лабораторных животных, то данный вопрос в доступной литературе освещен недостаточно. В связи с этим нами было предпринято изучение зонального и сегментарного кровоснабжения печени и селезенки у таких лабораторных животных, как собака, кошка и кролик. Полученные данные по этому вопросу послужили основой для разработки зональных и сегментарных резекций печени и селезенки у названных животных.

3. Материалом настоящего исследования послужили эксперименты на 18 животных. Техника операций заключалась в следующем: под эфирным наркозом обеспечивался оперативный доступ к сосудам селезенки или печени, а затем производилось определение границ зоны или сегмента, подлежащего удалению. Границы устанавливались по изменению цвета участка органа

вследствие временного пережатия соответствующих сосудов первого или второго порядка. После определения границ иссекался участок органа. Раневая поверхность сохранившейся части печени или селезенки покрывалась гетерогенной консервированной брюшиной и прошивалась швами типа Кузнецова-Пенского или матрацными швами по нашей методике. Последняя заключалась в том, что тупой иглой прокол начинался с участка органа, взятого в предыдущий шов.

В послеоперационном периоде, в сроки от 3 дней до 6 месяцев, животные убивались. Изучение исходов операции заключалось в инъекции сосудов органов, подвергшихся оперативному вмешательству, рентгеноконтрастной массой с последующей рентгенографией. Кроме того, производилась препаровка и гистологическое исследование.

4. На основании проведенных исследований по зональной и сегментарной резекции печени и селезенки можно констатировать следующее: животные переносят эту операцию удовлетворительно или хорошо, летальных исходов не было. Консервированная брюшина, примененная нами для прикрытия раневых поверхностей оставшейся части органа, обладает достаточной прочностью, не прорезается швами, в результате чего достигается хороший гемостатический эффект. В поздние сроки опытов, как показывают гистологические исследования, брюшина подвергается склерозу с образованием соединительнотканного рубца.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что метод зональной и сегментарной резекции с применением гетерогенной консервированной брюшины дал обнадеживающий эффект в смысле разработки более щадящих методов хирургического лечения повреждений и заболеваний паренхиматозных органов и в особенности для селезенки.

ВЫСТАВКА РИСУНКОВ И АКВАРЕЛЕЙ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Студ. УІ к. О. Рауд и А. Эист
Тартуский государственный университет, кафедра психиатрии
и судебной медицины. Зав. кафедрой и научный руководитель
проф. Э. Кару.

1. В зарубежной литературе ряд авторов исследуют художественные произведения душевнобольных. В отечественной литературе названная проблема не описывалась.

2. Авторы указывают на диагностическое значение художественных произведений душевнобольных, они придают большое значение этим произведениям также как особого рода трудотерапии.

3. Мы рассматриваем в предлагаемой выставке рисунки и акварели шизофреников и больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе.

4. В рисунках шизофреников изображается внутренний мир больных. Чувственная тупость выражается в сухости линий, странность мышления — в символистической композиции, изображаемое превращается в геометрические фигуры, каждая линия имеет свой особый смысл, иногда и краски символичны. При стереотипии сказывается аффектированность, жесткость, один и тот же мотив изображается одной и той же моторикой, повторяются одни и те же фигуры, одни и те же темы.

5. Больные маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе поражают динамичностью, страстностью своих произведений. Линии яростны, отделены друг от друга, и тем самым рисунок как таковой разъединяется. Часто произведения больных остаются незаконченными.

6. Рисование как трудотерапия влияла на больных успокаивающе, повышало настроение, делало больных более активными — одним словом показало хороший терапевтический эффект.

7. Художественные произведения душевнобольных дают больным возможность общаться с внешним миром, миром психически здоровых людей.

О НАПРАВЛЕННОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ПАТОГЕННЫХ
СЕРОТИПОВ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ E. COLI
OIII B:4 H12 и OIII B:4 H2

Студ. VI к. В.Г. Рейзенбук
Тартуский государственный университет, кафедра микробиологии. Зав.кафедрой доц. Е.Т. Таллмейстер. Научный руководитель доц. Е.Т.Таллмейстер

Проблема этиопатогенеза колиэнтерита тесно связана с вопросом постоянности серологических типов кишечной палочки. Весьма постоянным свойством часто встречающегося серологического типа OIII B:4 H2 кишечной палочки является ферментация сахарозы и реакция с β -фенилпропионовой кислотой, которых у близкого к нему серологического типа OIII B:4 H12 кишечной палочки не было отмечено.

Цель работы - вызвать изменение биохимических свойств серологических типов кишечной палочки OIII B:4 H2 и OIII B:4 H12 при воздействии на них живых бактерий или нуклеопротеидов другого типа.

В качестве генетических меток использовались:

1. Ферментация сахарозы
2. Реакция с β -фенилпропионовой кислотой
3. Колициногенность
4. Устойчивость к антибиотикам.

Работа велась со штаммами OIII B:4 H12, устойчивым к синтомицину, и OIII B:4 H2, устойчивым к колимицину. Устойчивые к указанным антибиотикам штаммы были получены методом селекции устойчивых мутантов.

В результате опытов с живыми бактериями получены варианты, у которых признаки родительских форм проявляются в раз-

ных сочетаниях. В опыте частота появления таких рекомбинатов была 10^{-8} , что совпадает с литературными данными. При этом удалось передать ферментацию сахарозы, устойчивость к выбранным антибиотикам—синтомицину и колимицину — и колициногенность. Не удалось передать реакцию с β -фенилпропионовой кислотой, хотя штамм-реципиент или штамм-донор облучались ультра-фиолетовыми лучами, что, по данным П. Фредерика, способствует возрастанию генетических обменов. Отсюда можно сделать вывод, что это свойство является стойким и передается очень редко. В процессе трансформации пользовались нуклеопротеидами исследуемых микробов, приготовленными на кафедре биохимии ТГУ. При трансформации удалось передать устойчивость к антибиотикам и ферментацию сахарозы. Колициногенность и реакцию с β -фенилпропионовой кислотой передать не удалось.

В данных опытах изменить полностью биохимические свойства серологических типов кишечной палочки не удалось, что указывает на относительную устойчивость свойств исследованных серологических типов.

ДЕРМАТОЛОВАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА

Студ. У к. В. Русецкая

Минский медицинский институт, кафедра факультетской терапии. Зав. кафедрой доц. Г. И. Сидоренко.

Научный руководитель канд. мед. наук С. И. Меламед

Ц е л ь р а б о т ы: выяснить диагностическое значение реакции агглютинации адсорбированного дерматолом γ -глобулина особым макроглобулином, находящимся в сыворотке ряда больных и носящим название "ревматоидного фактора".

Исследования проводились нами по методике, предложенной Е. В. Бардиным.

Сравнительная простота дерматоловой пробы позволяет при-

менять ее вместо довольно сложной реакции гемагглютинации Ваалер-Розе, при которой агглютинируются эритроциты барана, предварительно обработанные неагглютинирующей дозой, соответствующей антиэритроцитарной сыворотки.

Поставлена дерматоловая проба с сыворотками крови 125 больных. Реакция агглютинации оказалась положительной у 36 больных: у 12 из 16 больных инфекционным неспецифическим полиартритом, у 11 из 17 больных ревматизмом с недостаточностью кровообращения II-III степени, у 2 из 36 больных ревматизмом в активной фазе без недостаточности кровообращения; у 4-х из 5 больных с кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II-III степени, а также у 1 больного с циррозом печени, у 1 больного с болезнью Боткина, у 2-х больных с септическим эндокардитом, у 1-го больного с лимфогранулематозом.

Таким образом, положительная дерматоловая проба является диагностическим тестом для инфекционного полиартрита. Являясь технически более простой, она может заменить более сложную реакцию Ваалер-Розе. Однако она не является патогномоничной для инфектартрита, так как выпадает положительной при ряде других заболеваний, связанных с нарушением функции печени.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА И ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Студ. У к. Н.И. Русин

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав.кафедрой проф. С.М.Луценко

1. Изучение функции внешнего дыхания начато в первой половине XIX века. Большая заслуга в разработке методов исследования внешнего дыхания принадлежит отечественным ученым: В.В.Патушину, И.М. Семенову, М.Н.Шатерникову и др. Определение функциональной способности легких имеет большое значение в клинике, помогает своевременно выявить легочные расстройства там, где клинические и рентгенологические исследования не дадут отклонений от нормы, способствуют предупреждению легочных осложнений.

2. Нами исследовано внешнее дыхание у 15 больных наружными не ущемленными грыжами живота и 34 больных острым аппендицитом; катаральным -20, деструктивным -14. Мужчины - 26, женщины - 23. Внешнее дыхание у всех больных определяли при поступлении, на следующий день после операции и перед выпиской из больницы. Анализу подвергались жизненная емкость легких, минутный объем дыхания, глубина дыхания, резервный инспираторный воздух, резервный экспираторный воздух, легочная вентиляция и резерв вентиляции.

3. У всех больных наружными грыжами живота показатели внешнего дыхания до операции были в пределах физиологических норм. После грыжесечений наблюдали снижение функций внешнего дыхания за исключением минутного объема. Перед выпиской показатели внешнего дыхания улучшались, однако нормализация их наблюдалась только у отдельных больных.

4. У больных острым аппендицитом имели место нарушения внешнего дыхания как до операции, так и в послеоперационном периоде.

5. У большинства из них отмечено выраженное снижение таких показателей внешнего дыхания как глубина дыхания, резервный экспираторный воздух, жизненная емкость, максимальная легочная и резервная вентиляция легких.

6. На следующий день после операции как правило выявлялось дальнейшее снижение функции внешнего дыхания.

7. Перед выпиской отмечалась нормализация указанных показателей, однако полного восстановления всех функций внешнего дыхания не наступало.

8. Из приведенных данных можно сделать заключение, что у подавляющего большинства больных острым аппендицитом и у больных наружными неущемленными грыжами живота после грыжесечений, имело место нарушение функций внешнего дыхания, полного восстановления которых не наступало и при выписке из больницы.

9. При лечении больных в послеоперационном периоде необходимо учитывать легочные расстройства, которые возникают в результате сравнительно небольшой операционной травмы как грыжесечение и аппендэктомия.

ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА СУЛЬФИДРИЛЬНЫХ ГРУПП В КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ИНСУЛИНОВОЙ КОМЕ

Студ. УІ к. Б.М.Садиков, Ю.Б. Туркевич и У к.И.Л.Галенда
Витебский медицинский институт, кафедра биохимии. Зав.кафедрой доц. М.П. Суриков.

В литературе имеется ряд данных, указывающих на нарушение метаболизма при шизофрении. Однако в настоящее время нет еще общепризнанной гипотезы, увязывающей эти нарушения с патогенезом шизофрении.

Весьма плодотворным с точки зрения поисков основного звена нарушения обмена веществ при шизофрении может оказаться путь изучения механизма действия различных лекарственных веществ, эффективных при шизофрении.

Целью данной работы было изучение некоторых белковых показателей в динамике инсулиновой комы у больных, проходящих курс лечения инсулином. Обнаружено, что в цельной крови до введения инсулина содержится 680 микромолей сульфгидрильных групп в 100 мл сыворотки. На высоте комы - 947 микромолей, и спустя 2 часа после купирования комы глюкозой - 775 микромолей. В сыворотке до, во время и после комы количество сульфгидрильных групп равнялось в среднем 50 микромолям в 100 мл сыворотки. Статистически достоверных данных, указывающих на изменение общего количества белка, определяемого рефрактометрически, а также отдельных белковых фракций, определяемых методом электрофореза на бумаге, обнаружено не было.

Изучение принадлежности изменяющихся сульфгидрильных групп тем или иным органическим веществом крови является целью нашей дальнейшей работы.

СИНТЕЗ И ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ

5-ариллиденбарбитуратов

Студ. Ш к. М.Н. Садовник

Гродненский медицинский институт, кафедра общей химии

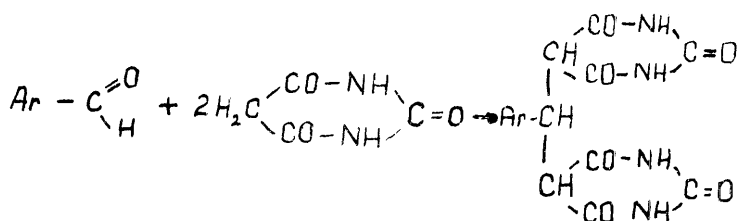
Зав.кафедрой доц. В.М. Введенский.

Научный руководитель доц. В.М.Введенский.

Производные барбитуровой и тиобарбитуровой кислот широко применяются в медицинской практике как лекарственные средства.

Нами получен ряд производных барбитуровой кислоты, ранее не описанных в химической литературе (3 (α -фурид) акролеинбарбитуровая кислота, резорцилиденбисбарбитуровая кислота, 1-амино-2-оксибензилиденбисбарбитуровая кислота, ангидрид β -оксинафтилиденбарбитуровой кислоты, метахлорсалицилиденбисбарбитуровая кислота).

Бисбарбитураты образуются по схеме:



С целью установления структуры полученных соединений был проведен элементарный анализ и сняты спектры поглощения в УФ части на спектрофотометре СФ-4. Полученные вещества были исследованы на кафедре фармакологии Гродненского государственного медицинского института и выяснилось, что некоторые из них обладают значительно выраженной фармакологической активностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОМЕТРИИ У СОБАК ПРИ ПОДШИВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТКАНЕЙ К МОЧЕВОМУ ПУЗЫРЮ

Студ. УІ к. С.К. Сидорович

Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав.кафедрой доктор мед.наук проф. С.М.Луценко. Научный руководитель доц. В.А.Мохорт

1. Сфинктерометрия применяется для регистрации силы замыкающего аппарата мочевого пузыря. Мы пользовались методикой Гартля и Охлерта с модификацией Л.И.Ободынской.

2. С целью измерения силы сфинктера применяли аппарат для измерения кровяного давления с отнятой манжеткой и присоединенным пластмассовым наконечником и резиновым ограничителем.

3. Нами проведена сфинктерометрия у 20 собак с различными вариантами пластики мочевого пузыря и при перерезке спинного мозга. Всего 5 серии, в каждой по 4 животных.

4. У контрольной группы животных сила сфинктера равнялась 140-160 мм ртутного столба.

5. При подшивании десерозированной поверхности тонкой кишки к мочевому пузырю данные сфинктерометрии равнялись 140-160 мм ртутного столба.

6. Энтеровезикопексия распластанной и демукозированной петлей тонкой кишки вызвала незначительное повышение силы сфинктера и равнялась 155-180 мм ртутного столба.

7. При окутывании десерозированной поверхности мочевого пузыря сальником данные сфинктерометрии не изменились.

8. Перерезка спинного мозга у животных на уровне двенадцатого и первого поясничного позвонков вызвала резкое снижение силы сфинктера, и ее данные снижались до 60-80 мм ртутного столба.

9. При подшивании различных тканей к мочевому пузырю с целью улучшения кровоснабжения и иннервации сила сфинктера не изменяется. Перерезка спинного мозга на уровне двенадцатого и первого поясничного позвонков приводит к резкому снижению силы сфинктера.

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ТКАНЕЙ НА КОНТРАСТНЫЙ ПРЕПАРАТ ИОДОЛИПОЛА

Студ. У к. Л. Симоновичюте

Вильнюсский государственный университет, кафедра акушерства
и гинекологии. Зав. кафедрой доц. В. Баронас
Научный руководитель асс. П. Скруйбис

Чтобы установить реакцию тканей различных внутренних
половых органов на контрастный препарат иодолипола, рассмот-
рели 400 случаев, в которых после гистеросальпингографии
были гистологически исследованы 411 препаратов: 363 случая
слизистой матки и 48 случаев яйцеводов.

Гистеросальпингография произведена при: Uterus myoma -
tosis - 166 случаев, первичное бесплодие - 100, вторич-
ное бесплодие - 86, нарушение менструального цикла - 31 слу-
чай, при различной патологии - 17 случаев.

После гистеросальпингографии 25% больных были оперирова-
ны и только 2% данных гистеросальпингографии частично не
сошлись с изменениями, найденными во внутренних половых ор-
ганах во время операции.

При гистологическом исследовании слизистой матки после
гистеросальпингографии в 14,9% случаях было найдено хрони-
ческое воспаление и в 50% - хроническое воспаление яйцево-
дов. Таким образом, острого воспаления слизистой матки или
процесса обострения хронического воспаления слизистых не
наблюдали.

В 16,5% случаев в гистеросальпингограммах наблюдали скоп-
ление контрастной массы в яйцеводах и между перитубарными
сращениями. После 1-12 месяцев были сделаны контрольные
рентгеновские снимки малого таза в 10 случаях. Наблюдалось
скопление контраста в яйцеводах или между сращениями брюши-
ны. Но, несмотря на это, обострение воспалительных процессов
после гистеросальпингографии в малом тазе не наблюдалось.
Во всех упомянутых случаях, несмотря на интенсивное лечение,

сращения не ликвидировались, иодолипид не резорбировался. Предполагаем, что в подобных случаях ткани, образующие сращения, утратили какие-либо свойства резорбции.

НЕКОТОРЫЕ ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АОРТЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Студ. У к. Ю.А. Скирпступайте
Каунасский медицинский институт, кафедра гистологии-эмбриологии. Зав.кафедрой проф. Б.Ю. Абрайтис
научный руководитель асп. И.А. Данелюс

Эксперименты проводили с 10 кроликами. В начале эксперимента и ежемесячно исследовали холестерин в крови. Всех кроликов убивали при помощи воздушной эмболии или вводя интравенно 2,5% раствора КСс.

В стенке торакальной аорты исследовали кислую и щелочную фосфатазы при помощи метода Гомори. отметили, что в атеросклеротической бляшке активность кислой и щелочной фосфатаз увеличивается и они располагаются неодинаково.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В БЕЛКОВОМ СОСТАВЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ТРАВМЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Студ. УІ к. Л.С. Соломатина.
Тартуский государственный университет, кафедра неврологии
Зав. кафедрой доц. Э.И. Раудам
Научный руководитель асс. А.А. Тикк

В данной работе было обращено внимание на белковый обмен при травме головного мозга. Исследовали динамику изменений некоторых показателей белкового обмена при помощи реакции манке-Зоммера и электрофореза белков сыворотки крови.

По вышеуказанной методике была исследована сыворотка крови 54 больных с черепно-мозговой травмой различной тяжести. На основе клинического течения болезни больные были разделены на три группы:

1. С сотрясением или легким ушибом мозга без каких-либо побочных явлений - 15 человек.
2. С ушибом мозга средней тяжести, с повреждением костей свода и основания черепа - 24 человека.
3. С тяжелым ушибом мозга, с длительным коматозным состоянием, наличием осложнений - 17 человек.

На основании анализа полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. При травме головного мозга наблюдается понижение уровня реакции Манке-Зомера к 12-16 дням и 24-30 дням болезни, в эти же сроки происходит повышение уровня альфа-2 и бета-глобулинов.

2. Уровень процентного содержания альбуминов остается пониженным на протяжении всего времени нахождения больного в клинике, но наиболее низкий уровень отмечается с 9 по 15 и 30-33 дни.

3. Уровень гамма-глобулинов сильно повышен на протяжении всего времени лечения больных в клинике, но наибольший уровень отмечается с 21 по 27 дни болезни.

4. Альфа-1-глобулины повышены лишь в первые дни болезни, а потом находятся в пределах нормы, показывая незначительное увеличение к 27-30 дням болезни.

5. Наиболее тяжелые изменения во всех фракциях белков сыворотки крови и реакции Манке-Зоммера происходят в III группе больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПЛАЗМЫ К ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕМУ ДЕЙСТВИЮ ГЕПАРИНА

Студ. У к. Е. Стельмашонок, С. Ярошевич
минский медицинский институт, кафедра факультетской тера-
пии. Зав. кафедрой доц. Г. Сидоренко.
Научный руководитель В. Чумаков.

1. В настоящее время все большее признание и подтвержде-
ние получает теория непрерывного свертывания крови. Соглас-
но этой теории в организме животных и человека происходит
постоянное образование, выделение в кровь, активация и
потребление свертывающих и противосвертывающих факторов.
Исследования в свете теории непрерывного свертывания крови
позволяют получить более четкие представления о механизме
тромбообразования и наиболее рациональных путях терапии
тромбозов. Эта теория была использована нами при выборе
методов исследования и оценке полученных результатов.

2. Нами был освоен количественный метод определения то-
лерантности крови к гепарину (Казначеев В. П., 1960), дающий
некоторое представление об интенсивности потребления гепа-
рина в процессе непрерывного свертывания крови. При иссле-
довании крови 15 здоровых людей толерантность крови к гепа-
рину составила в среднем 1,0 м/мл с колебаниями от 0,4 до
1,6 ме/мл (по данным автора 0,4 - 1,4 ме/мл).

3. Трудности применения метода Казначеева в клинике зас-
тавили нас несколько модифицировать метод - заменить капил-
лярную кровь из прокола пальца цитратной плазмой из веноз-
ной крови.

4. Модифицированным методом было произведено исследова-
ние крови 13 здоровых людей. Толерантность плазмы к гепа-
рину составила 0,1 - 0,3 ме/мл.

5. Обследовано 64 больных.

У 15 больных инфарктом миокарда толерантность к гепарину в
прединфарктный период и первые 2 дня после возникновения

инфаркта повышалась до 0,7 - 0,9 ме/мл. На 2-3-й день после начала антикоагулянтной терапии толерантность плазмы к гепарину снижалась до нормы. В подостром и позднем периодах на фоне антикоагулянтной терапии наблюдалось повышение толерантности плазмы к гепарину до 0,6 ме/мл., сопровождающееся увеличением времени рекальцификации.

Из 24 больных атеросклерозом венечных артерий с явлениями стенокардии и больных гипертонической болезнью толерантность плазмы к гепарину оставалась в пределах нормы у 15, была пониженной у 6, незначительно повышенной до 0,4 - 0,5 ме/мл у 3 больных.

У больных с тромбозомических осложнениями (инфаркт легкого, эмболия почечной артерии) толерантность плазмы к гепарину повышалась до 0,6 - 0,8 ме/мл.

При обследовании группы больных с различными заболеваниями (21 чел.) толерантность плазмы к гепарину у подавляющего большинства больных находилась в пределах нормы, за исключением больных ревматизмом в активной фазе, у которых толерантность к гепарину повышалась до 0,5 - 0,6 ме/мл.

6. Предлагаемая нами модификация метода определения толерантности плазмы к гепарину дает некоторое представление об интенсивности потребления гепарина в процессе непрерывного свертывания циркулирующей крови.

Эта методика является значительно менее трудоемкой и может применяться в условиях клиники для определения свертываемости крови и может помочь в оценке эффективности терапии антикоагулянтами непрямого действия.

О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗНАЧЕНИИ И МЕТОДАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИАЛУРОНИДАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ

Студ. У к. в. Е. Судовцова

Харьковский медицинский институт, кафедра биохимии.

Зав.кафедрой член-корр. АН УССР проф. А. М. Утевский

1. Значение системы гиалуроновая кислота-гиалуронидаза определяется ее ролью в процессах проницаемости, секреции мочи, регенерации тканей, инвазии, оплодотворения, водно-солевого обмена и др. Эта система играет большую роль в патогенезе ряда заболеваний (коллагенозы, инфекционные заболевания и т.д.). Изучению системы гиалуроновой кислоты-гиалуронидазы посвящены многие исследования (К. Меер, Пальмер, М. С. Бычков, Л. Г. Смирнова, Б. М. Могилянский, Ф. Дюран-Рейнальс, Дорфман и др.).

2. Существующие в настоящее время методы исследования имеют некоторые недостатки. Так, метод Мак-Клин-Смирновой дает среднюю ошибку 25%. Методика вискозиметрии достаточно точна, но весьма трудоемка, а главное, требует очень чистых препаратов гиалуроновой кислоты. Метод Г. Д. Залесского пропускает первую фазу (отрыв белка от гиалуроновой кислоты), которая важна для характеристики механизма действия фермента.

3. нами было обращено внимание на то, что гиалуроновая кислота обладает оптической плотностью, которая снижается после действия гиалуронидазы. Это свойство использовано нами для определения гиалуронидазной активности сыворотки крови.

4. На основании проведенных исследований был разработан метод, который позволяет проследить за гиалуронидазной активностью сыворотки крови по изменению оптической плотности исследуемого раствора. Это снижение оптической плотности исследуемого раствора носит ступенеобразный характер, причем к 10 минутам фермент расщепляет гиалуроновую кислоту на 70-82 %.

На аналогичном принципе построена методика исследования гиалуронидазной активности сыворотки крови, предложенная А.Дорфманом и М.Оттом. Однако эти авторы ведут исследование гиалуронидазной активности не во времени, а по разведению сыворотки крови. Наша модификация метода позволяет наряду с активностью фермента следить за ступенеобразным его действием в первой фазе.

5. Предложенная нами модификация определения гиалуронидазной активности сыворотки крови позволяет объективно оценивать активность фермента, является достаточно чувствительной и пригодной для серийных исследований.

О РОЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ МАЛОКРОВИЯ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Студ.У к. Р.Суия

Тартуский государственный университет, кафедра факультетской терапии и патологической физиологии. зав.кафедрой доц. К. Кырге. Научные руководители доц. Р.Лоога и асс. Л.Лоога.

И.Асагое и Санесхиге (J.Asagoe, T.Sanishige, 1960) получили повышение кровяного давления у белых крыс при лигировании артерий половых желез. Задачей данной работы было проверить полученные ими результаты и выяснить роль функционального состояния коры больших полушарий в механизмах возникновения этой экспериментальной гипертонии нового типа.

Опыт проводился на 5 белых крысах-самцах. Функциональное состояние коры больших полушарий определяли по моторной реакции животных при внезапном воздействии сильного звукового раздражения. Крушинский и другие показали, что "звукочувствительных" крыс характеризует слабость внутреннего торможения коры больших полушарий. Кровяное давление

измеряли по плетизмометрическому методу Лоога и Кулль. Малокровие половых желез вызывали при помощи лигирования обесторонних aa. testicularis ? Опыт продолжался 2 месяца. Кровяное давление измеряли раз в неделю и "звукочувствительность" через две недели.

У "звукочувствительных" (со слабым внутренним торможением) животных гипертония возникла уже к концу первой недели после операции. Через 2 недели после операции кровяное давление у них повысилось на 65% к исходному уровню.

У крыс с сильным внутренним торможением лишь по прошествии 3-х недель после операции наблюдалось минимальное повышение кровяного давления (в среднем на 14%). на 4-й неделе после операции кровяное давление было повышено приблизительно на 22%, каковой уровень и остался максимальным подъемом у данной группы.

Дальше кровяное давление несколько падало (стояло на уровне 130-144 мм рт.ст.), но полной нормализации не произошло даже через 2 месяца.

Ослабления внутреннего торможения во время опыта не отметили.

ИЗ ОПЫТА ВЫЯСНИЛОСЬ:

1. Лигирование обесторонних тестикулярных артерий у белых крыс вызывает у них повышение артериального кровяного давления.

2. Скорость и величина подъема кровяного давления зависит в значительной мере от функционального состояния коры больших полушарий.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Студ. У к. В.С. Улащик
минский медицинский институт, кафедра общей химии.
Зав. кафедрой доц. В.А. Бандарин

1. В жизнедеятельности организма важную роль играет кожа, осуществляющая связь организма с внешней средой и выполняющая многообразные функции. Мало изученным отравлением кожи, особенно в клинической патологии, является ее экскреторная функция. Между тем хорошо известно, что состояние кожи зависит от обмена веществ в организме (С.Ротман, Я.Кун, в.С.Певзнер, н.н.Мищук и др.). Близко касаясь разнообразных сторон метаболизма, кожа сама выполняет в нем важную роль. Изменения в общем обмене веществ сказываются на состоянии кожи, поэтому последнюю часто называют "зеркалом организма". Метаболизм кожи и связанные с ним процессы экскреции находятся под контролем нейро-эндокринной регуляции. Поэтому изучение секреторной функции кожи представляет интерес и с этой точки зрения.

2. Нами проведено исследование экскреции хлоридов и липидов кожей у здоровых людей и в разных случаях клинической патологии. Экскреция хлоридов кожей определялась по модифицированному методу Банга, а экскреция липидов определялась по несколько модифицированному методу Сванна.

3. Было обследовано 25 клинически здоровых людей и в динамике 162 больных различных клинических профилей (туберкулез легких, пневмония, острые хирургические заболевания, эндокринные заболевания.).

4. Экскреция хлоридов у здоровых людей равна в среднем $0,020 \text{ мг/см}^2$ за сутки, а липидов — $0,050 \text{ мг/см}^2$ за сутки.

5. у больных экскреция хлоридов и липидов кожей характеризуется своеобразной динамикой, которая позволяет устано-

вить типичные кривые экскреции для различных видов клинической патологии.

6. Характеристика экскреторной функции кожи может быть дана и в виде экскреторного индекса (ЭИ), представляющего собой отношение величин экскреции липидов и хлоридов, выраженных в одинаковых единицах. В норме ЭИ = 2,5. При различных заболеваниях он претерпевает отклонения в сторону повышения или уменьшения.

7. Исследование экскреции липидов и хлоридов кожей позволяет получить дополнительные сведения о состоянии нейрогуморальной регуляции при различных видах клинической патологии. Методы исследования просты и совершенно безвредны для организма, что позволяет рекомендовать их для широкого применения в клиниках.

КАМПИМЕТРИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ СКЛЕРОЗЕ

Студ. у к. И. Упнере

Рижский медицинский институт, кафедра нервных болезней.

Зав. кафедрой проф. А. С. Пенцик.

Кафедра глазных болезней. Зав. кафедрой проф. К. Балодис

1. Изменение глазного дна при множественном склерозе встречается весьма часто, что проявляется преимущественно в побледнении височных частей диска зрительного нерва; в отдельных случаях эти изменения занимают весь диск.

2. Изменение слепого пятна при *Sclerosis multiplex* хотя и упоминается в литературе (Д. А. Марков), но в доступной нам периодической печати не удалось найти более подробных сведений по данному вопросу.

3. С целью уточнения изменений слепого пятна при *Sclerosis multiplex* нами обследованы 35 больных с указанным заболеванием и, с целью сравнения, обследованы еще 20 больных с разными другими заболеваниями центральной нервной системы. В контрольной группе — 6 практически здоровых людей.

4. Слепое пятно определялось обычном кампиметре 2х2м на расстоянии I м. посредством белой метки I см².

5. В большинстве случаев множественного склероза, даже в начальных стадиях, когда на глазном дне еще нет изменений диска зрительного нерва, слепое пятно оказывается уже измененным. Эти изменения имеют уже различную форму как по величине, так и по очертаниям.

При заболеваниях центральной нервной системы другого характера, а также в контрольной группе, такие изменения слепого пятна не были обнаружены.

ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Студ. У к. Э.Фелинскойте
Вильнюсский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии. Зав.кафедрой и научный руководитель проф. П. Норкунас.

Диффузный полипоз толстого кишечника - очень редкое заболевание. в литературе описаны лишь отдельные случаи. Отмечается, что на полипоз жалуются молодые люди, больше всего мужчины. Гистологически в большинстве находят аденоматозные полипы. Некоторые авторы указывают, что полипоз переходит в злокачественный рост в 100% (Вестус). Авторы отмечают, что озлокачествление диффузного полипоза происходит в молодом возрасте - до 40 лет. Свыше 50 лет авторы диффузного полипоза не наблюдали.

Лечение диффузного полипоза является трудной задачей. Одни хирурги рекомендуют одномоментную тотальную колектомию, другие - этапное удаление всего толстого кишечника и прямой кишки с низведением в анус подвздошной кишки.

в отечественной литературе мало сообщений о благополучной одномоментной тотальной колектомии. Авторы описывают случаи тотальной одномоментной колектомии с илеоректальным анастомозом с благополучным исходом.

Консервативное лечение диффузного полипоза не надежно. Применение " *Chelidonium majus* " в виде клизм, улучшает состояние больного, но полного излечения не дает.

авторы на базе Республиканского Онкологического диспансера Литовской ССР за последние 4 года наблюдали 5 случаев с диффузным полипозом толстого кишечника.

В одном случае, после длительного наблюдения (многократное переливание крови в борьбе с анемией) в течение 8 лет, произведена частичная резекция толстого кишечника при наличии малигнизации полипов на 21 году жизни больной. Больная спустя полтора года погибла от метастазов. В одном случае произведена тотальная колектомия с благополучным исходом. У двух больных применено консервативное лечение - " *Chelidonium majus* " в виде клизм. получены хорошие результаты: исчезли поносы, выделение крови и слизи. Картина слизистой после лечения изменилась. Полипы полностью не исчезли, но стали реже и сильно уменьшились, кровоточащая поверхность слизистой полипов гладкая, чистая.

Из всех 5 случаев - двое больных умерли из-за большой степени истощения и позднего обращения к врачу и несогласия на радикальное хирургическое лечение.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Студ. У к. С.И.Хоха и Т.В.Шукевич
Гродненский медицинский институт, кафедра факультетской хирургии. Зав.кафедрой доктор мед.наук, проф.С.М.Луценко

1. На несоответствие клинико-морфологической картины при остром аппендиците указывают ряд авторов: И.В.Давыдовский (40%), А.В. Русаков (25%), Э.И.Бесфамильная (19%), В.Е. Геккель (19%).

2. С целью сравнения клинико-морфологических соотношений при остром аппендиците проанализировано 314 историй

болезни с клиническим диагнозом острый аппендицит за 1960-1962 годы.

3. Общий процент несоответствий между клиническими и морфологическими изменениями в червеобразном отростке составляет 25,45%. Основное число несоответствий падает на острый катаральный аппендицит и составляет 19,11%, главным образом за счет недооценки морфологических изменений по макроскопическим данным. В 5 случаях (1,58%) гистологически воспалительных изменений в червеобразном отростке не обнаружено.

несовпадении при остром флегмонозном аппендиците составили 5,84%, а при остром гангренозном 2,4%.

4. По клиническим данным наиболее частыми симптомами при остром аппендиците являлись: с. Щеткина-Блюмберга - 80,6%, с. Ровзинга - 59,9%, с. Ситковского - 59,0%, с. Воскресенского - 55,2%; начало боли в эпигастральной области наблюдалось в 18,5%, а по всему животу 20,3% (лейкоцитоз свыше 8 тысяч) 54,1%, а в 10,2% превышал 15 тысяч.

5. Анализ сроков госпитализации показал, что число больных госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в 1962 году по сравнению с 1960 увеличилось в 2,1 раза, а число больных, поступающих после 48 часов, уменьшилось в 2 раза.

6. Приведенные клинико-анатомические параллели позволяют сделать заключение, что наибольшее число несовпадений клинического и патоморфологического диагноза наблюдалось при остром катаральном аппендиците.

При этом чаще наблюдаются более тяжелые деструктивные изменения по гистологическим данным, чем это предполагалось по макроскопическим описаниям.

СДВИГИ В СОДЕРЖАНИИ ЛАКТАТА В МОЗГУ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Студ. УІ к. Л.А. Чилингарян

Ереванский медицинский институт, кафедра биохимии
Зав.кафедрой доц. В.Г. Мхитарян

В настоящее время установлено, что основным источником энергии для мозга являются углеводы, почему и существует тесная взаимосвязь между функциональным состоянием головного мозга и уровнем углеводов в крови и в мозгу.

Известно, что мозг располагает незначительным количеством свободных и мобилизуемых углеводов в нормальных условиях.

Поскольку лактат является продуктом гликолитического превращения углеводов, его количество находится в тесной зависимости от направления обменных процессов.

Содержание лактата в мозгу составляет $1,5 - 2,1 \mu$ М/г ткани.

Исследования многих ученых по изучению обмена лактата в мозгу показали, что в анаэробных условиях образование лактата в мозговой ткани увеличивается почти в 2 раза по сравнению с аэробными условиями. Показано также, что в содержании лактата происходят изменения под влиянием самых разнообразных агентов, вызывающих возбуждение или угнетение функциональной активности мозга.

По поводу воздействия алиментарного фактора (пищевого возбуждения) на количественные сдвиги лактата в мозгу в литературе приводятся разноречивые данные: по данным Керра и Гантуса (1936 г.) алиментарный фактор каких-либо заметных изменений в содержании лактата в головном мозгу не вызывает, по данным же Olsen, Klein, Стоуна, Мак-Ильвейна, Палладина и др. наблюдаются выраженные сдвиги в содержании лактата при различных функциональных состояниях мозга. Исследованиями Бунятына Г.А. и Хачатряна Г.С. (1960, 61, 62, 63 г.г.) показано, что алиментарная и условно-рефлектор-

ная гипергликемия, а также торможение указанного функционального состояния мозга вызывают выраженные сдвиги в обмене фракции гликогена, галактолипидов, глюкозы, пирувата, лактата, ферментных реакций и др. компонентов углеводного обмена в мозгу.

Наша работа, являясь частью вышеуказанных исследований по функциональной биохимии мозга, ставит целью изучить сдвиги в содержании лактата в мозгу белых крыс при алиментарной, условно-рефлекторной алиментарной гипергликемии и торможении мозговой деятельности.

С этой целью мы воспользовались методом условных рефлексов. Исследования проводились на белых крысах-самцах одинакового возраста, веса и потомства в одно и то же время дня.

В целях фиксации и регистрации этих сдвигов был использован метод замораживания в жидком воздухе в требуемый момент функциональной активности мозга в условно-рефлекторной камере.

Количество лактата определялось в трихлоруксусном фильтрате после осаждения белков. Содержание лактата определялось по методу Баркера и Саммерсона фотоэлектроколориметром при $\lambda = 560$.

Результаты наших опытов позволяют сделать следующие выводы:

1. Количественные сдвиги содержания лактата в мозгу при возбуждении противоположны сдвигам его при торможении. (Данные опытов статистически достоверны)

2. Пищевое возбуждение сопровождается интенсивным повышением содержания лактата в мозговой ткани ($2,915 \pm 0,008 \mu$ М/г против $1,6 \pm 0,098 \mu$ М/г в контроле). Аналогичные изменения наблюдаются и при условно-рефлекторном возбуждении ($2,215 \pm 0,04 \mu$ М/г против $1,6 \pm 0,098 \mu$ М/г в контроле).

Повышение содержания лактата в мозгу при возбуждательном процессе свидетельствует о направленности течения гликолитической реакции в сторону распада глюкозы. Кортикальное торможение вызывает понижение содержания лактата в мозгу ($1,18 \pm 0,0125 \mu$ М/г против $1,6 \pm 0,098 \mu$ М/г в контроле).

Понижение содержания лактата в мозгу при торможении указывает на переключение реакции гликолиза в направлении глюконеогенеза.

НОВАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ

Студ.у к. А.А. Чиркин
Витебский медицинский институт, кафедра биохимии.
Зав.кафедрой доц. М.П. Суриков

1. Получение экспериментального атеросклероза у кроликов является длительным процессом, протекающим месяцами, поэтому различные исследователи делают попытки воспроизвести атеросклеротический процесс *in vitro*. Однако получаемые при этом модели имеют ряд существенных недостатков: либо атеросклеротический процесс пытаются воспроизвести в кровеносном сосуде, взятом от умершего человека (отсутствие обменных процессов), (И.Эванс, Д.Мунтан, 1955), либо в переживающих кровеносных сосудах мелких животных (Н.Вертессен, 1954, 1958 гг., И.Стеварт, 1960 г., и др.).

2. Мы поставили перед собой задачу — создать модель для воспроизведения атеросклеротических изменений в кровеносном сосуде, отвечающую следующим требованиям:

- а) атеросклеротические изменения должны вызываться в переживающем кровеносном сосуде человека;
- б) атеросклеротические изменения в ткани сосуда должны воспроизводиться быстро;
- в) модель должна быть удобной для изучения роли основного вещества в патогенезе сосудистых изменений при атеросклерозе.

3. В качестве модели быстрого получения атеросклеротических изменений в стенке сосуда мы использовали переживающую пуповину человеческого плода. При помощи специального приспособления через вену пупочного канатика в течение 76-84 часов перфузировалась человеческая сыворотка, обогащенная холестерином до 400 мг%.

4. В результате под эндотелием вены возникали "бляшки", сходные с атеросклеротическими, а в тканях пупочного канатика происходили изменения химического состава, которые выражались:

- а) в повышении содержания холестерина более чем в 3 раза;
- б) в появлении свободных фракции альбуминов, глобулинов, а также липопротеидов;
- в) в увеличении содержания мукопротеидов в полтора раза.

При исследовании "бляшек" гистологическим методом обнаружены скопления суданофильного вещества, которое при химическом исследовании оказалось холестерином. Содержание холестерина в "бляшках" доходило до 1600 мг%.

5. Повышенное количество холестерина и мукопротеидов в ткани пуповины снижалось до нормы при перфузии через пуповину физиологического раствора. При этом "бляшки" проходили обратное развитие.

6. Опыты *in vitro* показали, что для образования мукопротеидов необходима кислая среда.

7. Из ткани пуповины, перфузированной липемической сывороткой, выделены 2 липопротеида:

- а) липопротеид, рыхло связанный с мукопротеидами;
- б) липопротеид, прочно связанный с мукопротеидами.

Рыхло связанный липопротеид участвует в образовании "бляшек"

8. Описанная модель может быть использована для изучения и апробации противоатеросклеротических веществ.

ЭКСПЕРИМЕНТЫ ПО СНИЖЕНИЮ РЕАКТОГЕННОСТИ ПОЛИВАКЦИНЫ

Студ. У к. А.С. Эйberman
воронежский медицинский институт, кафедра микробиологии.
Зав.кафедрой проф. М.В. Земсков

1. Данные эксперименты являются частью исследований, проводимых сотрудниками кафедры микробиологии по проблеме снижения реактогенности корпускулярных и химических вакцин.

2. Предполагалось, что обработка поливакцины гомологичной (противокоревой) сывороткой снизит ее реактогенность для человека.

3. Предварительное изучение обработанной гомологичной сывороткой поливакцины в опытах на животных показало значительное увеличение антигенности, выраженную иммуногенность и снижение реактогенности, что послужило основанием для проведения аналогичных исследований на людях.

4. исследования были проведены на 44 добровольцах. Обработанная противокоревой сывороткой и необработанная ею поливакцина вводилась им однократно подкожно по 1,5 мл в соответствии с указаниями инструкции.

5. у привитых утивалась лихорадочная реакция, размер инфильтрата и наличие покраснения в месте введения вакцины, динамика титра антител при пятикратном исследовании сыворотки крови и ее превентивные свойства.

6. Опыты показали:

- а) снижение реактогенности и увеличение антигенных свойств поливакцины, обработанной противокоревой сывороткой;
- б) выраженные превентивные свойства сывороток людей, иммунизированных поливакциной, обработанной противокоревой сывороткой.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ВИЛЬНЮССКОЙ ПСИ- ХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Студ. IУ к. Д. Юркштайте

Вильнюсский государственный университет, кафедра нервных и психических болезней.

Зав. кафедрой доц. П. Висоцкас. Научный руководитель асс. Ю. Ад-
рюшкавичене.

Цель работы - установить результаты лечения хронического алкоголизма и причины рецидивов.

рассмотрены истории болезни 225 больных и собраны их ка-
тамнестические данные. Изучаемые больные находились с 1960
по 1962 год на лечении: в стационаре - 38, амбулаторно - в
наркологическом кабинете - 56, в стационаре с продолжением
лечения амбулаторно - 129.

Катамнестические данные показали, что наилучшие результа-
ты получены у тех больных, которые прибыли на стационарном
лечении по собственному желанию в I-II стадии алкоголизма и
были лечены комплексно, а после стационарного лечения - амбу-
латорно поддерживающими дозами антабуса. Более длительное
злоупотребление алкоголем и большая степень алкогольной де-
градации является прогностически неблагоприятным фактором.
Причинами рецидивов чаще всего было то, что больной возвра-
щался в прежние бытовые-рабочие условия, к старым "друзьям".

В связи со значительным числом рецидивов необходимо,
чтобы все алкоголики после окончания курса лечения остава-
лись на активном диспансерном учете с периодическим повто-
рением подкрепляющих процедур.

Никакой метод терапии алкоголизма не может дать стойкого
излечения без активной помощи семьи и общественности.

Для алкоголиков II-III стадии необходимо специальное стацио-
нарное лечение с длительной изоляцией больных, сочетание
труда с различными методами терапии.

Незначительный терапевтический эффект обязывает усилить профилактические мероприятия: улучшить воспитательную работу в школах и предприятиях, развить санпросветительную работу и антиалкогольную пропаганду, искать новых методов лечения.

КЛИНИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ (по материалам Гродненской областной больницы за 10 лет)

Студ. VI к. В.П. Прошевич
Гродненский медицинский институт, кафедра нервных болезней.
Зав. кафедрой проф. Г.Я. Либерзон

1. Диагностические ошибки, заключающиеся в нераспознавании субарахноидальных кровоизлияний врачами общего профиля, встречаются чрезвычайно часто.

Так, среди поступивших в нервное отделение областной больницы (51 больной) за последние 10 лет с субарахноидальным кровоизлиянием, правильный диагноз в первые дни заболевания при поступлении был установлен только 8 случаях.

2. По возрасту наши больные были преимущественно от 20 до 30 лет.

3. Наблюдавшаяся неврологическая симптоматика у наших больных распределялась таким образом, что во всех наших наблюдениях на первый план выступали менингеальные симптомы. Очаговые явления выпадения были слабо выражены и наблюдались редко.

4. у большинства больных заболевание началось инсультно-образно с потерей сознания среди полного здоровья, что, по нашим данным, как и по литературным, является почти обязательным симптомом при субарахноидальном кровоизлиянии. Предвестники наблюдались реже в форме головокружения, головной боли, ощущение "дурноты" (в 10 случаях).

5. Повышение температуры тела в остром периоде наблюдалось во всех случаях и достигало в среднем 38,6, в отдельных случаях 39,8, и продолжалось 5-8 дней (в отдельных случаях до 30 дней).

6. У большинства больных отмечены изменения формулы крови: лейкоцитоз отмечен у 14 больных; ускоренное РОЭ-16, у 10 больных со стороны крови не было обнаружено изменений.

Т.о., мнение, что лейкоцитоз крови при субарахноидальных кровоизлияниях является обязательным, по нашим наблюдениям не подтверждается.

7. Артериальное давление: у 4 больных повышено до 140/95 и 160/90, у 12-нормально, у 15-понижено.

8. Спинномозговая жидкость оказалась геморрагической у 17 больных. У 10 больных пункция проводилась в более поздние сроки и спинномозговая жидкость была ксантохромной. Т.е. наши данные соответствуют литературным и подтверждают, что наличие крови в ликворе является обязательным симптомом при субарахноидальной геморрагии.

9. Этиология заболевания у наших больных была следующая: гипертоническая болезнь в 7 случаях-; атеросклероз сосудов головного мозга -8 случаев; аневризма сосудов головного мозга - 3 случая.

Р Е З Ю М Е.

На современном уровне неврологического исследования больного возможна правильная и своевременная диагностика субарахноидальной геморрагии при учете основных кардинальных симптомов этого заболевания: инсультобразное начало, выраженный менингеальный синдром на фоне отсутствия или бедности очаговой неврологической симптоматики; повышение температуры до 38-39°; геморрагический ликвор.

неообходимость ранней диагностики особенно важна в виду хорошего эффекта консервативной терапии данного страдания.

В случаях субарахноидальных геморрагий, протекающих без гипертонической болезни или имеющих тенденцию к повторным

геморрагиям, обязательна ангиография для выявления возможной аневризмы сосудов головного мозга, и оперативное их лечение.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

I	Абрайтите Р. Реакция периферических кровеносных сосудов на антиген	3
2	Адомайтис А., Стонкуте Г. Прорезывание молочных зубов.	4
3	Аксамитаускайте Н., Белевичуте И. и Кауненайте Г. Изменения баллистокардиограммы у детей ревматиков	5
4	Альминайте Р., Андрюшкайте Д., Бутвинскайте Л., Валахавичуте С., Житкевичуте Г., Свилайните Р. и Ягас Р. Значение ангины и ее лечения для развития ревматизма	6
5	Амбразевичуте Л. и Дзекунскайте Р. Влияние дезоксикортикостерона и кортизона на эксудативное воспаление.	7
6	Ананьева Г. и Воронина М. К получению антибиотикоустойчивых штаммов лактобацилл	9
7	Арайс К., Бриедс Э., Вещунас А., Граудиня, Криеке А., Неймане Э., Цигузис Г., Ясчине Л. Изменение свертываемости крови под влиянием нагрузки сливочным маслом	10
8	Астраускас И., Гердайтис Э., Шпакаускайте Я., Стошкуче Л. и Галяускас В. Некоторые данные о колебании функциональных показателей и физического развития студентов на протяжении учебного года	12
9	Багдонас М. и Грабаускас В. Корреляция атеросклероза аорты и коронарных сосудов сердца	13
10	Балакирев И., Усоев С. и Шапо Н. Зависимость мышечной деятельности человека от силы раздражения экстерорецепторов (терморецепторов).	14

II	Балин П. Изменения в легких по рентгенологическим данным в отдаленном периоде их ранения	15
12.	Барвитенко Н. Изменение точности двигательного акта под влиянием вибрации	16
13	Бариялк И. Зависимость анти tireоидной активности некоторых производных роданина (2-тионтиазолидон-4) от их химической структуры	17
14	Беленький М. Электронно-микроскопическое исследование ультраструктуры нейрогипофиза белых мышей.	19
15	Беронтас Д. и Шалнайте Г. Колебания антифибринолитической активности при инфаркте миокарда, леченного антикоагулянтами и фибринолизинном, и среди здоровых людей.	20
16	Берштейн Л. Половой хроматин крови у больных тиреотоксикозом и эутиреоидным зобом.	21
17	Борисюк М. и Круковская А. Влияние леофаса на пропердиновую систему, фракционный состав белков и липопротеидов сыворотки крови собак.	22
18	Борознова Г., Дерябина Т., Каплун Н., Лесман Н., Явич М. и Крысюк М. Действие фитонцидов на некоторые виды бактерий.	24
19	Броун Л., Кузьмина Н., Машаев Н., Рогова Т. и Руппе Э. Функциональная активность лейкоцитов при экспериментальной лучевой болезни.	25
20	Бумейстере А. и Э.Жилевич. Осмотическая резистентность лейкоцитов при тиреотоксикозе в зависимости от терапии.	26
21	Бурцева Л.,Дворянинович Л., Карпуть С.,Комарова Б., Ларин Ф., Минаков В., Моисеенок А.,Непочечович Н. и Эраносьян Т. Обменные сдвиги у экспериментальных животных после введений тиамин в дозах,эквивалентных лечебным для человека.	28

22	Бупкус И., Плескачяускас. Значение оценки мужской спермы по методам спермограммы и пробы Шуварского.	30
23	Вайник Х. и Роосаар П. О регенерации сухожилий при ауто-и гомопластике.	31
24	Вельгре Т., Липпинг А., Сепп Э. и Труупыльд У. Аллопластика аорты и магистральных артерий.	32
25	Верстак Н. Зависимость веса плода от различных факторов.	34
26	Вишняускас И. и Паутенюс А. Показатели местной температуры при воспалительных процессах полости рта.	36
27	Волане А., Граубице М., Кулитане Л., Цируле И., Шишло Х. Гинекологические заболевания в детском возрасте.	37
28	Вярияэ А., Маароос Я., Мёльдер В. и Суллинг Т. О применении ацетилхолина для временной остановки сердца при асистолической коронарографии.	38
29	Гасюнас В., Дудите А. и Макнавичюс С. Интраорганный сегментарный структура сосудов и желчных путей печени.	39
30	Гинтерс Я. и Купч Я. Пластика артерии малого калибра в эксперименте	40
31	Гоман М. Холестерин крови при экспериментальном асците.	41
32	Гоманок Л. Об артериальном давлении у слепых и глухонемых.	42
33	Гресъ А. Данные сфинктерометрии при различных урологических заболеваниях.	43
34	Гриетена А. и Лине М. Н-холинолитическая активность некоторых аммониевых производных индандиона - I,3	44

- 35 Гринберг А. Об окислении тиамин пероксидазой *in vitro* и стимуляции этого процесса гормонами, содержащими фенольную группировку. 46
- 36 Гринкевичуте Э., Рудаускас, Садаускас И. Варианты экстраорганных сосудов и желчных путей. 47
- 37 Грудиня Э., Кривиша М. и Сома В. К вопросу комбинированного применения пролонгированного инсулина с кристаллическим у детей, больных сахарным диабетом. 48
- 38 Гузень Л. и Сморчок Т. К вопросу о причинах, эффективности диагностики и лечения увеитов. 50
- 39 Гурвич М. и Рубинштейн М. Холестеринемия, эритроцитарное равновесие и содержание гемоглобина в условиях гипотиреоза, ионизирующего облучения и облучения на фоне гипотиреоза. 52
- 40 Гутаускас А. Василюскайте А. и Казанавичуте У. Изучение условий работы электродов, применяемых для электрической стимуляции сердца 53
- 41 Дадыко Т. Влияние некоторых ингибиторов на разложение перекисей. 54
- 42 Дворянинович Л., Карпуть С., Комарова Б., Ларин Ф., Непочелович Н. К вопросу о механизмах проявления биологической активности полиглюкина 56
- 43 Дворянинович Л., Мандрик К., Мойсеенок А. Обмен медиаторов при остром авитаминозе В₁, вызванном окситиамином. 57
- 44 Демирчян В. К вопросу определения венозного давления в детской практике 58
- 45 Дирсе Г. и Катилус К. Аллопластика артерий в инфицированной ране в эксперименте 45

46	Довнарлович М., Фриш Э., Янсон Э. Новые возможности оперативных вмешательств на пищевode у детей	60
47	Дойлидо А., Фишман М., Елисеенкова Г., Першеева В. О применении электронно-вычислительной машины для диагностики заболеваний с болями в области сердца	61
48	Дружко Г. К анатомии воротной системы кролика	62
49	Дубовик Т. Фазы сердечной деятельности при мит - ральных пороках сердца	64
50	Дулько Н. Влияние некоторых арилиден-барбитуратов на коронарные сосуды изолированного сердца кошки	65
51	Дядичкин В. Некоторые показатели состояния системы гипофиз-кора надпочечников при остром аппендиците	67
52	Евец М. Об усилении новокаиновой анестезии пчелиным ядом	69
53	Евстигнеев В. К вопросу о регистрации биопотенциалов головного мозга кролика при тиопенталовом наркозе	71
54	Жиманчус К. и Канапонис Г. О некоторых биохимических изменениях в консервированной крови	72
55	Зубрецкая Р. и Осипова Л. О некоторых показателях периферической крови при злокачественных новообразованиях желудка	73
56	Иванов Е. и Мачинская Е. Изучение влияния протамина на фибринолиз	75
57	Каламеэс В., Киммел Ю., Рехема Т. и Соо Т. О клинической ценности применения карбогеновой пробы у детей	76

58	Калвелис А. О влиянии силикогеля на третью фракцию свертывания крови	77
59	Канапорите Э., Рацуте И., Стейблис А. и Мальцю - те Д. Санитарные условия и состояние здоровья рабочих завода железобетонных конструкций в г. Вильнюс, Литовской ССР	73
60	Карев Б. Осциллографические показатели при лечении облитерирующего эндартериита внутриартериальными вливаниями новокаина под застойной гиперемией.	80
61	Каск Р., Коус Е. и Маяс М. О роли функционального состояния коры надпочечников в патогенезе экспериментальной гипертонии	82
62	Кевра М., Шкиль Т. Влияние некоторых производных индола на кровяное давление белых крыс	83
63	Кишенталс О, Рудзите Б., Шмите М. Физиологические отклонения электрокардиограмм у практически здоровых людей	84
64	Книзелис С. Влияние положения головы на проходимость дыхательных путей	85
65	Конт М., Паас А. О диагностическом значении определения сиаловой кислоты и дифениламиновой реакции	86
66	Коппель Х. Электрофоретическое исследование сока поджелудочной железы собаки и кролика	87
67	Крылов А. Реакция пассивной гемагглютинации в диагностике склеромы.	88
68	Кукайне В. и Озере Л. Изменения капилляроскопической картины у детей, больных ревматизмом	89
69	Курец А. Интраорганная артериальная система переднего мозга некоторых млекопитающих	90

70	Кшивицкас В. и Маргене А. Некоторые осложнения при атеросклерозе и гипертонической болезни (по данным прозектуры РККБ за 1953-1962 гг.)	92
71	Кямешите Р. Баллистокардиограмма у здоровых людей	93
72	Лаас Т. и Мулламаа Э. О пересекающих венечные сосуды миокардиальных мостиках	94
73	Ларин Ф. и Карпуть С. К изучению механизмов депонирования тиамина в тканях	96
74	Лаурмаа А., Сарапуу Д. и Эйст А. О концентрации алкоголя в крови при алкогольном опьянении и при смертельных отравлениях алкоголем и о некоторых симптомах опьянения	97
75	Ляхин Е. Диагностика рака шейки матки с помощью фазово-контрастной микроскопии	98
76	Лесничий Г. Об изменении активности холинэстеразы в тканях и крови при злокачественном росте	99
77	Лятт Р., Хейнамяэ Э. К морфологии венозной и круглой связи печени	101
78	Макаускайте Ю. и Ягминас Л. К вопросу о дифференциации белков в сыворотке крови и в ликворе	103
79	Малва С. Роль функционального состояния коры больших полушарий в патогенезе экспериментальной натриево-хлористой гипертонии	104
80	Махачкеева А., Уткина Л. и Чиркин А. Липопротеиды и ненасыщенные высшие жирные кислоты сыворотки крови в связи с проблемой атеросклероза	105
81	Музыка В. Процессы образования аммиака в пищеварительных органах в связи с возбуждением их секрции карбохолином	106

82	Мюрсепп Я. Об изменениях pH в отделяемом из носа при охлаждении и при нагревании ног	II07
83	Нарбутас А. Изменение функции щитовидной железы при ревматизме	II09
84	Николаев Н. и Черенок В. К вопросу о применении глюкокортикоидов, АКГГ и гиалуронидазы в профилактике и лечении спаечной болезни (экспериментальная)	II10
85	Ноормаа У. Об изменениях водно-солевого обмена при черепно-мозговой травме	II11
86	Олейник Г. Нервы общих сонных артерий человека и некоторых животных	II13
87	Павалькис В. и Пракапас А. Изменения количества воды в органах подопытных мышей при росте карциномы Эрлиха	II14
88	Пахомов Г. Исследование стойкости капилляров нормальной десны	II15
89	Пинчук З., Солохина С. и Халипова Г. О биохимических изменениях в крови при рентгеновском облучении собак	II16
90	Полянская Л. Состояние височного давления у больных гипертонической болезнью под влиянием лечения медикаментозными средствами	II17
91	Протасевич И. и Биркос А. К вопросу о зональных и сегментарных резекциях печени и селезенки с использованием гетерогенной консервированной брюшины	II19
92	Рауд О. и Эйст А. Выставка рисунков и акварелей душевнобольных	II21
93	Рейзенбук В. О направленной изменчивости патогенных серотипов кишечной палочки E. Coli OIII B:4 H12 и OIII B:4 H2	II22

94	Русецкая В. Дерматоловая проба в диагностике инфекционного неспецифического полиартрита	I23
95	Русин Н. Некоторые данные изменения внешнего дыхания у больных с наружными грыжами живота и острым аппендицитом	I25
96	Садиков Б., Туркевич Ю. и Галенда И. Изменение количества сульфгидрильных групп в крови больных шизофренией при инсулиновой коме	I26
97	Садовник М. Синтез и исследование некоторых 5-ариллиденбарбитуратов	I27
98	Сидорович С. Результаты сфинктерометрии у собак при подшивании различных тканей к мочевому пузы- рю	I28
99	Симонавичюте Л. Воспалительная реакция тканей на контрастный препарат иодолипола	I30
I00	Скирпстунайте Ю. Некоторые гистохимические изме- нения в аорте при экспериментальном атеросклерозе	I31
I01	Соломатина Л. Об изменениях в белковом составе сыворотки крови при травме головного мозга	I31
I02	Стельмашонок Е., Ярошевич С. Определение толе- рантности плазмы к противосвертывающему действию гепарина	I33
I03	Судовцова В. О функциональном значении и методах определения гиалуронидазной активности сыворотки крови	I35
I04	Суйя Р. О роли функционального состояния коры больших полушарий в патогенезе экспериментальной гипертонии, возникающей в результате малокровия половых желез	I36
I05	Улащик В. Исследование экскреторной функции кожи в клинической патологии	I38

I06	Упнере И. Кампиметрия при множественном склерозе	I39
I07	Фелинскайте Э. Диффузный полипоз толстого кишечника и его лечение	I40
I08	Хоха С. и Щукевич Т. Клинико-морфологические параллели при остром аппендиците	I41
I09	Чилингарян Л. Сдвиги в содержании лактата в мозгу при различных функциональных состояниях	I43
II0	Чиркин А. Новая модель для изучения атеросклеротических изменений в кровеносных сосудах	I45
III	Эйберман А. Эксперименты по снижению реактогенности поливакцины	I47
II2	Юркштайте Д. Катамнестические данные о лечении хронического алкоголизма в Республиканской Вильнюсской психоневрологической больнице	I48
II3	Ярошевич В. Клиника и результаты консервативного лечения субарахноидальных кровоизлияний (по материалам Гродненской обл. больницы за 10 лет)	I49

Тартуский государственный университет
Тарту, ул. Кликооли, 18

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

VI-й

объединенной студенческой научной конференции
высших медицинских учебных заведений
Прибалтийских Советских Социалистических
республик и Белорусской ССР

На русском языке

Vastutav toimetaja K. Põder
Korrektor A. Pravdin

TRÜ rotaprint 1963. Trükipoognald 9,7.
Trükiarv 600. MB 7195. Tell.nr. 1183.

Tasuta

Бесплатно.